



**UNICEUB – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**  
**FAJS – FACULDADE DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS**  
**NPM – NÚCLEO DE PESQUISA E MONOGRAFIA – CURSO DE DIREITO**

**ALINE CRISTINA PEREIRA DOS SANTOS**

**A AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECÍFICAS  
DIRECIONADAS A ATENÇÃO DA SAÚDE MENTAL  
INFANTO-JUVENIL**

**Brasília**  
**2013**

**ALINE CRISTINA PEREIRA DOS SANTOS**

**A AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECÍFICAS  
DIRECIONADAS A ATENÇÃO DA SAÚDE MENTAL  
INFANTO-JUVENIL**

Monografia apresentada para obtenção da graduação de bacharel no curso de Direito pelo Núcleo de Pesquisa e Monografia da Faculdade de Ciências Jurídicas e Ciências Sociais do UniCEUB. Orientadora: Luciana Barbosa Musse.

**Brasília**

**2013**

Dedico este trabalho a Deus que me guiou durante esta jornada, à minha família – fonte do amor que me encoraja a prosseguir em meio às tempestades –, e à professora Luciana pela paciência sacerdotal de um verdadeiro mestre.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a toda minha família, em especial meu tio Vladimir pelo encorajamento nos momentos de desânimo e cansaço e por acreditar em mim, à minha mãe por sua doçura, e aos meus queridos irmãos, Marcos, Elaine e Matheus.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho.

## RESUMO

A presente monografia teve por objetivo geral investigar a atual política pública em Saúde Mental brasileira e, em especial, à direcionada a crianças e adolescentes. Foram verificadas as mudanças ocorridas no Brasil em saúde mental e que foram influenciadas pela Reforma Psiquiátrica, a qual foi consolidada pela Lei nº 10.216/2001. Foi analisada também a importância da Portaria 336/GM de 19/02/2002 para o campo da saúde mental infanto-juvenil. E, ainda dentre os objetos de investigação do presente trabalho, também se buscou analisar a evolução dos direitos das crianças e adolescentes, de sujeito subjugado ao poder patriarcal, para sujeito detentor de direitos que como tal merece assistência do Estado em todos os campos da sua vida, inclusive no acesso a tratamento de Saúde Mental de acordo com suas necessidades.

**Palavras-Chave:** Crianças e adolescentes. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Lei número 10.216/2001.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>1. CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMO SUJEITOS DE DIREITO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Uma breve contextualização histórica a respeito de crianças e adolescentes como sujeitos de direito .....</b>	<b>12</b>
1.1.1 A Convenção Internacional dos Direitos da Criança .....	17
<b>1.2 O Estatuto da Criança e do Adolescente .....</b>	<b>22</b>
1.2.1 Dos Direitos Fundamentais Estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente .....	25
1.2.2 A saúde de Crianças e Jovens como um direito fundamental .....	26
1.2.2.1 Do direito a Saúde prevista na CF/88 .....	28
1.2.2.2 O direito fundamental à saúde previsto no ECA .....	31
1.2.3 Crianças e adolescentes com deficiência segundo o ECA .....	32
<b>1.3 O Sistema único de Saúde – SUS .....</b>	<b>33</b>
1.3.1 Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde .....	40
<b>2. O QUE SÃO POLÍTICAS PÚBLICAS .....</b>	<b>42</b>
<b>2.1 O Surgimento de Políticas Públicas enquanto área de Conhecimento .....</b>	<b>43</b>
2.1.1 As políticas públicas e o Estado contemporâneo .....	44
2.1.2 O Papel do Governo .....	45
2.1.3 Quem são os atores das políticas públicas .....	45
<b>2.2. Políticas Públicas em Saúde Mental .....</b>	<b>46</b>
2.2.1. O processo da Reforma Psiquiátrica .....	48
2.2.2. Políticas Contemporâneas no Campo da Saúde Mental .....	50
<b>2.3. A Lei 10.216 e a Proteção dos Assistidos em Saúde Mental .....</b>	<b>52</b>
<b>3. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL .....</b>	<b>54</b>
<b>3. 1 Breve Histórico da Saúde Mental Infanto-Juvenil .....</b>	<b>56</b>
3.1.1 A Reforma Psiquiátrica e a atenção Infanto-Juvenil .....	57
3.1.2 A Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes e a Rede de Saúde mental Infanto-juvenil .....	60
<b>3.2 Portaria 2.048 de 03/09/2009 .....</b>	<b>64</b>

3.2.1 Portaria 336/ GM de 19/02/2002 .....	68
3.2.2 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS .....	68
3.2.2.1 <i>Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011</i> .....	71
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>79</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como foco demonstrar a atenção em saúde mental no Brasil direcionada a crianças e adolescentes, sujeitos de direito consolidado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), porém, sem o exercício pleno desses direitos, no que diz respeito à saúde mental Infanto-juvenil.

A pesquisa pretende demonstrar que, mesmo com os avanços, pouco foi feito na atenção em saúde mental infanto-juvenil. Embora o Brasil tenha passado por uma grande luta no campo da saúde mental, com conquistas importantes como a luta pelo fim dos manicômios, lugares que na maioria das vezes serviam para aumentar o sofrimento psíquico do sujeito, o que fortalecia a ideia de exclusão social das pessoas com Transtornos mentais, quase nada foi feito nesse sentido.

O texto busca esclarecer como foi a trajetória da luta anti-manicomial, iniciada nos anos 70 no Brasil e no mundo, os principais atores deste importante processo da Saúde Mental brasileira, as políticas desenvolvidas em saúde mental, e a falta de ações por parte dos gestores brasileiros na atenção em saúde mental de crianças e adolescentes.

A pesquisa esclarece ainda a importância do estudo direcionado à ausência de políticas públicas destinadas a crianças e adolescentes com transtornos mentais, quais são as consequências desta ausência estatal, e qual é o atual público alvo das políticas de saúde mental no Brasil. O trabalho se justifica devido à necessidade de um mútuo empenho por parte dos operadores do Direito, e dos psicólogos e outros profissionais da área, pois com o conhecimento técnico, estes profissionais podem auxiliar advogados e juizes na consolidação do direito à saúde mental e, ainda, pleitear o devido acesso à Rede de Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes.

Diante desse quadro, o texto aponta o seguinte problema central: A atual política pública em saúde mental atende plenamente crianças e adolescentes?



A hipótese de verificação responde negativamente ao problema apresentado, conforme se constatará nos capítulos desenvolvidos neste trabalho.

No primeiro capítulo é feita uma abordagem histórica em relação ao direito das crianças, desde o fim da abolição até a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Posteriormente, analisou-se como o ECA foi influenciado por normas internacionais tais como, a Convenção Internacional e a Declaração Universal dos Direitos da Criança; logo após é feita uma breve abordagem em relação ao ECA e o seus principais mecanismos na defesa da criança e do adolescente. Por último, analisou-se o Sistema Único de Saúde – SUS, e suas concepções no que tange a criança e o adolescente, e o direito à saúde como direito fundamental da criança e do adolescente.

No segundo capítulo são desenvolvidas algumas considerações sobre o conceito de políticas públicas, como surgiu a área e a evolução da matéria ao longo dos anos, qual é o papel do governo na formulação de políticas públicas, quem são os atores no processo e a formulação das políticas desenvolvidas. Em seguida são analisadas as políticas em saúde mental, como se deu a Reforma Psiquiátrica, e a importância da Lei nº 10.216/2001 na proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental.

Por fim, no terceiro e último capítulo foi verificado o campo da saúde mental infanto-juvenil, quais foram as políticas desenvolvidas e qual a diferença no tratamento dado a adultos e crianças na saúde mental brasileira. Verificou-se, também, a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial, embora constatou-se que essa ampliação não atingiu consideravelmente crianças e adolescentes. No entanto, apesar disso, foi observado uma preocupação estatal em torno do tratamento de pessoas com transtornos mentais em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. Além destas questões, também foram analisadas as principais portarias no que diz respeito à legislação voltada para saúde mental no Brasil.

## **1. CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMO SUJEITOS DE DIREITO**

Diferentemente do que ocorre nos dias atuais, no Brasil até a promulgação da Constituição Federal de 1988, crianças e adolescentes não eram vistas como sujeitos de direito.

Historicamente, no mundo ocidental, esses indivíduos estavam subordinados ao pátrio poder. O pai era a principal figura da família e era também a base sacerdotal da religião. Os filhos estavam sujeitos ao poder do pai enquanto permanecesse sob o mesmo teto deste, independente de serem menores ou não. Crianças e adolescentes não eram sujeitos de direito e sim mera propriedade paterna podendo, inclusive, negociar os filhos e decidir sobre a morte ou a vida de deles (AMIN, 2007).

No antigo Oriente era normal o sacrifício de crianças em cultos religiosos, uma vez que tratavam-se de oferendas puras. Entre alguns povos, durante muito tempo foi normal a eliminação de crianças que possuíam alguma deficiência ou má formação; eles tinham em mente que agindo desta forma estariam se livrando de um peso para a sociedade. Estes fatos ainda ocorrem em alguns lugares do mundo, como em algumas tribos indígenas no Brasil. À exceção destes fatos, ficava a civilização hebraica que não permitia o aborto e muito menos o sacrifício de suas crianças, permitindo, no entanto, a venda deles como escravos (AMIN, 2007).

A relação entre os filhos não se dava da mesma forma, pois havia diferenciação nesta relação, na qual o filho primogênito possuía mais direito na maioria das civilizações. O filho primogênito herdava a maior e principal parte da herança e angariava os bens e sucessão sacerdotal que anteriormente era exercida pelo pai. Assim, alguns povos como os romanos, iniciaram um processo de valorização dos menores, fazendo uma diferenciação entre menores impúberes e púberes, se aproximando da ideia que se tem hoje de incapacidade relativa e absoluta. (AMIN, 2007).

O Direito se preocupava basicamente com a relação que o pai exercia sob estes indivíduos, deste que não fosse possível averiguar a importância das crianças com o ordenamento jurídico da época, não podendo legislar a respeito de algo que não é visto ou não é importante a uma determinada conjuntura política. É lógico que estes cidadãos sempre tiveram interesses, porém não eram positivados de uma maneira ampla, ficando sempre subordinados ao interesse dos pais e da sociedade (AMIN, 2007).

O ordenamento pátrio, em regra, sempre reconheceu os direitos do Homem: “Todo homem é capaz de direitos e obrigações na ordem civil”. Porém, quando se tratava de menores, este direito era meramente virtual. Mesmo sendo detentores de certa capacidade não se legitimavam os interesses de crianças e adolescentes, já que estes não podiam exercer esse direito por si só, pois dependiam de um adulto que, em regra, eram os responsáveis para exercer os ditos direitos personalíssimos (AMIN, 2007).

Sendo assim, não era interessante conferir direitos a sujeitos que eram impedidos de exercê-los pessoalmente, já que seus direitos eram garantidos pelos adultos. A situação ficava difícil de ser solucionada quando o indivíduo não tinha um sujeito adulto que pudesse representá-lo (PAULA, 2002).

O Sistema jurídico pátrio reconhecia a condição das crianças e adolescentes para suportar de forma pessoal as consequências repressivas, mesmo as de ordem físicas oriundas de infração penal, porém não se usava o mesmo critério quando se falava em capacidade civil. É estranho observar que se protegia o mundo adulto das crianças criminosas, porém as não criminosas eram subjugadas à preocupação de seus direitos por intermédio de seus pais (AMIN, 2007).

Contudo, a partir do final dos anos oitenta, no século XX no Brasil, após a ditadura militar se observou uma nova reflexão em relação aos direitos da criança e do adolescente, sobretudo com a vigência da atual constituição brasileira. (AMIN, 2007).

Segundo Paula, o reconhecimento de crianças e adolescentes como novos sujeitos de direito se dá a partir da Carta Magna (2002, p. 20):

“Somente com a Constituição de 1988 é que se reconhece a possibilidade de crianças e adolescentes participarem direta e amplamente de relações jurídicas com o mundo adulto, na qualidade de titulares de interesses juridicamente protegidos. Foram concebidos, finalmente, como sujeitos de direitos, capazes para o exercício pessoal de direitos relacionados ao desenvolvimento saudável e de garantias relacionadas à integridade.”

O grande divisor de águas foi o artigo 227, caput, da Constituição Federal de 1988 ao prever: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade e etc.”.

Além das condições estabelecidas pelo novo ordenamento e de legitimar o interesse e a proteção física, psíquica, social e jurídica destes novos “cidadãos”, se reconheceu também a existência de uma nova roupagem jurídica, qual seja, a subordinação entre os interesses de crianças e adolescentes, e os interesses do Estado brasileiro, da sociedade e da família. Pela primeira vez a criança era tida como principal e mais frágil em uma relação jurídica estatal.

### **1.1 Uma breve contextualização histórica a respeito de crianças e adolescentes como sujeitos de direito**

O Brasil saiu de uma situação a outra em se tratando do direito da criança e do adolescente. Ou seja, do Direito Tutelar, da doutrina da situação irregular para a doutrina da proteção integral (VERONESE, 2003). A doutrina da situação irregular consistia unicamente em uma perspectiva punitiva, não se visava uma tutela protetiva, era uma via de mão única onde o principal foco era punir crianças marginalizadas, crianças que tinham cometido algum ato infracional.

Ao longo da história brasileira, crianças e adolescentes foram alvos de políticas por parte do Estado, porém, em alguns momentos não havia diferença

da condição do adulto para a da criança e, em outros, era considerado como sujeito sem fala, objeto ou propriedade doméstica (FALEIROS, 2005).

Somente no século XX, com a Convenção dos Direitos da Criança, de 20 de novembro de 1989, que crianças e adolescentes foram considerados sujeitos de direito e não apenas objetos da família ou da sociedade. Antes disso, no pós-guerra, a Organização das Nações Unidas (ONU) havia declarado que crianças necessitavam de cuidados especiais. A UNICEF foi criada em 1946, entrando em vigor em 1976, com o Pacto Social dos Direitos Civis e Políticos da ONU o qual garantia os direitos das crianças, mas somente em casos de dissolução familiar ou de discriminação (FALEIROS, 2005).

Foi a Convenção em 1989 que reconheceu a criança (qualquer pessoa com menos de 18 anos) como sujeito portador de direitos, ou seja, como cidadão, o que posteriormente foi positivado no Estado brasileiro como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei nº 8.069, de 1990, decorrendo do artigo 227 da Constituição de 1988. Vale ressaltar que esta conquista é oriunda de uma intensa mobilização social (FALEIROS, 2005).

O início das discussões em torno da necessidade de se dar atenção à criança se inicia no processo de abolição da escravatura quando as crianças que nasceram sob a vigência da Lei do Ventre Livre eram por muitas vezes abandonadas enquanto seus pais continuavam sob o regime da escravatura; quando a coroa portuguesa não pagava uma indenização pelos serviços perdidos, estes prestavam serviços aos senhores até os 21 anos de idade para compensar a liberdade. As crianças que ficavam livres dependiam de ações de terceiros, para continuar sobrevivendo. Segundo Veronese (2003, p. 33):

“Ao observarmos o processo de formação das instituições que prestavam serviços de assistência a menores, verifica-se que no período colonial e no Império este se dava em três níveis: uma caritativa, prestada pela Igreja pelas Ordens religiosas e associações civis; outra filantrópica, oriunda da aristocracia rural e mercantilista; e a terceira, em menor número, resultado de algumas realizações da Coroa portuguesa”.

Em decorrência das alterações sofridas no Estado brasileiro naquele momento, em consequência da abolição da escravidão (1888) e da Proclamação da República (1889), a proteção infanto-juvenil se tornou cada vez mais necessária. Em 1920, se consolidou a ideia que o dever de amparar e cuidar dessas crianças seria do Estado, tanto que anos depois foi decretado o Código do Menor de 1927, sendo considerado por muitos o primeiro código a ser consolidado na América Latina. Este Código reuniu leis e decretos que tinham sido editados, desde 1902, sendo considerado um texto inovador, fruto da consequência que as crianças beneficiadas pela Lei do Ventre Livre poderiam gerar para toda sociedade, uma vez que a preocupação primordial não era a necessidade destes indivíduos, mas o problema que eles poderiam se tornar posteriormente (VERONESE, 2003).

Com o surgimento deste novo ordenamento, ficaram em destaque algumas questões, e o pátrio poder passou a ser visto como pátrio dever, já que o Estado naquele momento poderia intervir na relação entre pai e filho e até mesmo substituir a autoridade do pai, quando este não cumprisse com as suas obrigações de alimentar e educar seus filhos (VERONESE, 2003).

Sob o ponto de vista constitucional, as Constituições de 1824 e 1891 eram omissas em relação aos cuidados e necessidades infanto-juvenis. A primeira a tratar das crianças foi a de 1934, embora de forma superficial, por somente proibir o trabalho de crianças menores de 14 anos. Na constituição de 1937 foi ampliada a proteção às crianças, ficando sob a responsabilidade do Estado em casos de carências. A constituição de 1946 não inovou muito em relação a anterior (VERONESE, 2003).

Já na Constituição da República de 1967, o Brasil sofreu um retrocesso que foi consolidado com a Emenda Constitucional de 1969. Ao tratar da criança e do adolescente, ela não seguiu as reflexões que foram levantadas nas anteriores. Um dos principais retrocessos foi a institucionalização do trabalho infanto-juvenil a partir dos 12 anos; este ato do governo brasileiro foi uma grande perda para a tentativa que estava sendo construída, ou seja, a consolidação de leis que protegessem os direitos da criança e do adolescente. (VERONESE, 2003).

Como foi dito anteriormente, a Constituição Federal de 1988 foi um grande marco nos direitos sociais, conhecida também como Constituição Cidadã e sob essa concepção deixou de forma expressa que a partir daquele ato seria obrigação do Estado, da Sociedade e da Família zelar pelos direitos e necessidades de crianças e adolescentes. No novo ordenamento volta a ser fixada a idade mínima de 14 anos para o início do trabalho infantil, e não mais 12 anos, o que deixava o Brasil longe dos ordenamentos mais avançados do mundo. Outra conquista importante foi a previsão legal do seu artigo 208 que determina como obrigação do Estado brasileiro garantir a educação de forma gratuita até mesmo para crianças e jovens que não estão mais na faixa etária do ensino fundamental, pois este ato é obrigação ao Estado (VERONESE, 2003).

Ao analisar a origem ou concepção histórica da palavra “menor” se constata que o termo, por muitas vezes, foi mal empregado, sendo visto como sinônimo de menor infrator ou em situação social precária. “A expressão ‘menor’ fora usada desde as Ordenações do Reino, como categoria jurídica, como caracterizadora da criança ou adolescente envolvido com a prática de infrações penais” (VERONESE, 2003, p. 35). No antigo código do menor de 1927, o termo era usado para configurar crianças que sofriam de carência moral e material.

Porém, o Código de Menores de 1979 traz uma nova concepção do termo: “menor em situação irregular”, ou seja, menor de 18 anos que era vítima de abandono material ou sofria de maus-tratos e por fim, não tinha nenhuma orientação jurídica. Este código, apesar de ter tido um avanço em relação ao anterior, continha questões controversas que permitiam críticas e questionamentos. Um dos problemas levantados era os meios inquisitórios contidos em seu texto legal, prejudicando a tutela da defesa e do contraditório das crianças envolvidas em processos, o que era no momento uma contradição, já que a constituição vigente naquele momento garantia a ampla defesa e o Código não. Existia no seu texto também a previsão da prisão cautelar para os menores de 18 anos, o que configurava um verdadeiro desrespeito aos direitos da criança, já que o menor cometia infração penal e não crime como no caso dos adultos, para os quais só era cabível a prisão preventiva em casos excepcionais, tais como, flagrante delito, ou uma ordem escrita que fosse

fundamentada por uma autoridade judiciária, tal como previsto no artigo 5º, da LXI, da CF. (VERONESE, 2003).

De acordo com Faleiros (2005), no Brasil sempre houve uma discrepância no direito e no acesso a educação para as crianças pobres e ricas. Enquanto as crianças eram direcionadas a boas escolas, cultura e boas maneiras com o fim aos pontos de comando da sociedade brasileira; já as crianças pobres eram renegadas aos orfanatos, às casas de correção e a inserção no mercado de trabalho precocemente. O acesso das crianças e adolescentes pobres à educação era precário, pois não era considerado um dever alienável do Estado, mas mera obrigação familiar. O pleno desenvolvimento da criança não era uma preocupação estatal e sim uma questão da esfera privada, da vida doméstica (FALEIROS, 2005).

Nos primeiros anos da República no Brasil, a situação da criança e do adolescente era analisada como uma questão de higienização pública e de ordem social, pois o objetivo era aparentar uma nação forte e organizada (FALEIROS, 2005).

Neste contexto, onde a elite dominava e a intervenção do Estado nas questões sociais envolvia a chamada infância desvalida era mínima a posição do Estado Brasileiro, acabando por propiciar e reproduzir a condição operária de muitas famílias brasileiras. O termo utilizado durante o século XX no desenvolvimento de políticas públicas voltadas à infância e à adolescência foi o de situação irregular. Por situação irregular tinha-se a ausência de condições mínimas de subsistência, de saúde, a falta de educação adequada que deveria ser oferecida pelos pais, além das situações de maus-tratos de ordem física e emocional, além da prática de infração penal. “A pobreza era, assim, situação irregular, ou seja, uma exceção.” As crianças que estavam nesta situação deveriam ser encaminhadas a mecanismos de assistência; no caso das crianças e adolescentes tidas como perigosas, estas deveriam ser encaminhadas a núcleos de internação. A lei permitia que juízes determinassem o destino das crianças (FALEIROS, 2005).

No campo da saúde, dentro do contexto do higienismo, foi elaborado em 1934 o Decreto nº 24.278; a Inspetoria de Higiene Infantil (Lei nº 16.300 de



1923) e posteriormente foi denominada Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, tornando-se depois Departamento (FALEIROS, 2005).

Faleiros cita que a política para infância no Brasil é moldada de acordo com o desenvolvimento do capitalismo no país, o que colabora para manutenção de classes sociais e proporciona graves danos a infância e juventude brasileira (FALEIROS, 2005).

Sendo assim, a Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente vieram abolir, no âmbito do direito interno, as atrocidades legais, trazendo uma nova roupagem jurídica e garantindo crianças e adolescentes como sujeitos de direito, e não apenas como anteriormente, sujeitos que poderiam ser punidos pelo Estado, mas não tinham direitos conquistados e garantidos; gerou-se assim certa obrigação a três grupos: família, Estado e Sociedade. A partir daquele momento então, deveria garantir o direito infanto-juvenil para que não fossem sequer perturbados ou ameaçados.

#### 1.1.1 A Convenção Internacional dos Direitos da Criança

Um documento de suma importância na área de proteção à infância e à adolescência na esfera internacional foi a Convenção Internacional a respeito dos direitos da criança e do adolescente; este documento foi aprovado pela maioria dos membros da Assembleia das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989. Foi um tratado de direitos humanos de extrema importância para os direitos de crianças e adolescente; tal documento foi tão relevante que influenciou fortemente o Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil (VERONESE, 2003).

Faz-se necessário também distinguir a Convenção Internacional da Declaração Universal dos Direitos da Criança; enquanto esta é apenas uma orientação documental aos países, aquela fixa normas específicas aos países signatários, pois tem uma natureza basicamente coercitiva e exige dos Estados que cumpram com as responsabilidades assumidas diante da Convenção Internacional. Segundo Santos (SANTOS 2006 *apud* OLIVA, 2009, p. 23):

“A afirmação dos direitos da criança e do adolescente pela comunidade internacional se consolida com a adoção pela ONU, em Assembléia Geral realizada em 20 de novembro de 1989, da Convenção dos Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil e pela quase totalidade dos países hoje existentes no mundo.”

A Convenção inaugurou uma nova visão jurídica, qual seja a Doutrina da Proteção Integral, que visa uma garantia integral a crianças, e o que configura que cada Estado deverá direcionar suas políticas públicas e suas diretrizes tendo como primordial os direitos e interesse de novas gerações, já que a infância sob o novo enfoque não é mais um instrumento de medidas tuteladoras, e sim que crianças são sujeitos de direitos e como tal devem ser assegurados (VERONESE, 2003).

A Declaração Universal dos Direitos da Criança, por sua vez, não trouxe grandes inovações; trouxe apenas alguns princípios de ordem moral sem nenhuma obrigação legal aos Estados signatários e são apenas orientações a estes; a Declaração não tem força de lei e sendo assim os Estados não se veem obrigados a cumpri-las, pois não há neste texto nenhuma punição aos Países. Já as Convenções, de um modo geral, possuem força de lei internacional e, deste modo, os Estados não podem violar as suas ordenanças, bem como, ainda deverão tomar medidas de controle para promover o cumprimento das ordenanças estabelecidas (VERONESE, 2003).

Todas essas medidas tornam a Convenção um poderoso mecanismo para transformação nas relações entre as pessoas, no modo de agir, e de pensar destes indivíduos, o que leva a um redirecionamento das instituições públicas, promovendo assim uma melhora na qualidade de vida das pessoas (VERONESE, 2003).

Durante a criação da Convenção houve algumas indagações, de como um documento de ordem internacional poderia ser usado para vários povos de diferentes línguas e culturas, tanto que sua conclusão levou cerca de dez anos para ser finalizada com intuito de harmonizar os aspectos divergentes.

Apesar desses questionamentos a Convenção foi um importante marco nos direitos internacionais. A Convenção representou o entendimento de que existem direitos de ordem universal. Portanto, há direitos essenciais e universais que são fundamentais para o pleno desenvolvimento de crianças e jovens no mundo inteiro. Por fim, representa um importante instrumento jurídico internacional com intuito de fomentar e desenvolver o direito das crianças (VERONESE, 2003).

É importante salientar como se deu a aprovação da Convenção no país: “No Brasil a Convenção foi aprovada pelo Congresso Nacional, por meio do Decreto legislativo n. 28, de 14 de setembro de 1990, sendo que em 21 de novembro desse mesmo ano foi promulgada pelo Decreto n. 99.710”. (VERONESE, 2003).

É importante salientar alguns pontos consolidados na Convenção, já que se configura em um documento que influenciou de maneira profunda o Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil.

- As ações que são de interesse das crianças, necessariamente devem considerar suas necessidades cabendo ao Estado garantir a proteção e o bem-estar destes cidadãos, principalmente quando os responsáveis e os pais não os fazem (artigo 3º).

Os países que aderiram a Convenção devem consolidar os direitos estabelecidos nesta reunião por meio de ações legislativas, administrativas e entre outras que acharem necessárias para o estabelecimento destes direitos. Para a concretização destas propostas é necessário que os países separem parte dos seus recursos para o estabelecimento destas propostas, podendo até pedir colaboração de Estados estrangeiros para a efetivação das ações propostas, existindo assim, a possibilidade de uma colaboração entre os países, deixando de lado por certo momento, a ideia de soberania estatal (artigo 4º).

Um dos direitos inerentes à criança é o direito a vida, sendo dever do Estado e de toda sociedade garantir a sobrevivência e o desenvolvimento dos pequenos cidadãos (artigo 6º). Sendo este direito valorizado em nossa Constituição,

no que tange aos direitos individuais e coletivos em seus artigos 5º e 6º. Entre os direitos previstos nestes artigos estão o direito à moradia, à saúde pública, à educação, à proteção materno-infantil, ao lazer e à assistência aos desamparados, além de outros, não sendo o rol aqui taxativo, mas apenas exemplificativo.

Deste modo, não se pode conceber que garantias previstas na Constituição Federal, no que diz respeito à saúde, não sejam cumpridas no tocante a saúde mental infanto-juvenil, ou seja, o Estado por meio dos seus gestores deve implementar as normas previstas, pois uma saúde de qualidade também é ferramenta importante no desenvolvimento físico e psíquico de crianças e adolescentes, o que possibilita uma vida de qualidade.

Também é dever do Estado garantir proteção integral a crianças que estão separadas de suas famílias de forma temporária ou permanente, devendo-lhes assegurar um lar alternativo, seguro e adequado, e em outros casos, quando necessário viabilizar a colocação destas crianças em instituições adequadas às suas condições sociais, culturais, religiosas entre outras (artigo 20).

A convenção também tratou da adoção internacional no sentido de combater o tráfico internacional de crianças e de proteger o melhor direito da criança.

A convenção influenciou de forma significativa o Estatuto da Criança e Adolescentes (ECA), principalmente na construção do artigo 52 do ECA, que diz respeito a adoção internacional. Porém, a normatização da adoção internacional no Brasil foi criteriosa, objetivando assim, proteger o direito de crianças indefesas já que com adoção internacional os laços consanguíneos são difíceis de reparação.

Uma questão de suma importância que não poderia deixar de ser tratada era o direito das crianças com deficiência, seja deficiência física, mental ou múltipla. No artigo 23 da Convenção foi abordada a situação dessas crianças que por conta de suas necessidades especiais precisam de uma maior proteção por parte das autoridades. Os cuidados devem ser tomados no sentido de possibilitar

que essas crianças possam se tornar pessoas independentes, com participação social ativa mesmo com limitações físicas (2003).

Segundo Veronese (2003, p. 40):

“A Constituição Federal, em seu artigo 227, II, e o Estatuto, no artigo 11, § 1º, também se preocupam, como não poderia deixar de ser, com tal matéria. Todavia, na prática, o que se percebe é uma total incúria com a criança portadora de algum tipo de necessidade especial. E com isso se desencadeia, inclusive, uma “cultura” negativa e individualista, na qual somente as pessoas sadias são consideradas aptas a participar da vida em sociedade.”

Porém, a ausência de uma ação política austera, voltada à saúde mental infanto-juvenil, não é um caso isolado, já que todo o sistema de saúde se encontra precário; mesmo a questão da saúde pública tendo sido abordada na Constituição e no ECA, são poucas as ações do Estado no sentido de melhorar as condições de saúde pública.

O Brasil ainda não conseguiu oferecer serviços de saúde de forma plena e com qualidade principalmente no que tange ao campo infanto-juvenil. O país tem que continuar trabalhando para a diminuição da mortalidade infantil e, para tal, garantir às futuras mães pré-natais adequados evitando desta maneira riscos à saúde da mãe e do filho. O governo brasileiro deverá ainda investir em saúde médica preventiva e combater a desnutrição ( artigo 24).

Por fim, não há como crianças e adolescentes se tornarem pessoas com capacidade plena para desenvolverem e crescerem em suas atividades da vida civil se o próprio Estado não oferecer serviços e ações que forneçam meios de acesso à educação e à saúde, entre outros serviços essenciais para a consolidação de cidadãos que são o futuro da nação.

Além dos problemas anteriormente abordados, identificamos outros de caráter emergencial, quais sejam, os decorrentes de abuso de drogas, exploração sexual, os relativos ao trabalho e ao padrão de vida.

A elaboração e implementação de normas internacionais e nacionais que visam o direito infanto-juvenil foi e é de suma importância no sentido de ultrapassar a antiga concepção “menorista”, que em síntese era pejorativa para garantir a condição de cidadão de forma plena, mesmo que ainda não seja cidadão no sentido jurídico-político estrito da palavra.

## **1.2 O Estatuto da Criança e do Adolescente**

Fruto de uma nova concepção jurídica e política, o Estatuto da Criança e do Adolescente nasceu com o intuito de garantir direitos às crianças e adolescentes brasileiros ou aquelas que se encontram no país. O ECA sofreu forte influência de documentos internacionais, os quais, garantem à criança direitos plenos, reconhecendo assim, sua situação de sujeito de direitos e não mero expectador de direito; estes indivíduos não precisam esperar o alcance da sua maioridade civil para pleitear os seus direitos. Este foi o grande diferencial do Estatuto aos documentos que existiram no país anteriormente, já que o antigo Código de Menores trazia apenas a preocupação com a criança infratora, desconsiderando as necessidades dos indivíduos que eram abandonados ou vítimas de maus tratos e até mesmo de abuso sexual.

Segundo Amin (2007), o ponto de partida para alteração da antiga situação da criança, para sujeito de direito foi, na esfera internacional, a Declaração dos Direitos da Criança de 1924, em Genebra, realizada pela Liga das Nações.

Entretanto, foi a Declaração Universal dos Direitos da Criança, acatada pela ONU em 1959, o grande documento internacional no reconhecimento do direito infanto-juvenil que, como pessoas de direitos, necessitavam de proteção e cuidados especiais (AMIN, 2007).

O documento fixou vários princípios entre eles: o direito à proteção especial para o desenvolvimento moral, físico, espiritual, mental e o direito à assistência educacional gratuita e etc. O documento levou vários Estados a repensarem sobre a situação que crianças e adolescente passavam no momento, impulsionando uma série de reflexões sobre o tema.

De acordo com Amim (2007, p. 12):

“A ONU, atenta aos avanços e anseios sociais, mormente no plano dos direitos fundamentais, reconheceu que a atualização do documento se fazia necessária. Em 1979 montou um grupo de trabalho com o objetivo de preparar o texto da Convenção dos Direitos da Criança, aprovado em novembro de 1989 pela Resolução nº 44.”

Foi a partir deste momento, que a doutrina da proteção integral foi aceita e consolidada com três pontos fundamentais: 1º) Reconhecimento da situação da criança e do adolescente como sujeito de direito em desenvolvimento, necessitando desta forma de proteção especial; 2º) Crianças e adolescente têm o direito a conviverem entre si; 3º) Os Estados signatários se obrigam a cumprir com os direitos e os princípios estabelecidos na Convenção com prioridade absoluta.

Com o intuito de efetivar as ações propostas na Convenção, em setembro de 1990, foi realizado um encontro mundial com a participação de mais de 80 países, inclusive o Brasil. Os países presentes assinaram a Declaração Mundial sobre a proteção, sobrevivência e o Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes. No mesmo evento, foi lançado o planejamento para a década de 90, cujos países subscritores assumiram a obrigação de programar de forma rápida e eficaz os dados descritos na Convenção.

Para efetivar as diretrizes estabelecidas na Convenção e na Constituição Federal de 1988, em 13 de julho de 1990 foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), trazendo várias novidades no campo das políticas públicas dirigidas ao público infanto-juvenil brasileiro, tomando como principal paradigma o princípio da proteção integral como obrigação de todos envolvidos e responsáveis.

Segundo Oliva (2009, p.23):

“A nova forma de tratamento à infância e à juventude baseia-se numa rede de atendimento envolvendo Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Tutelares, Ministério Público, Varas da Infância e Juventude, Delegacias de Defesa da Criança e do Adolescente, Organizações Não Governamentais. E ainda, por políticas integradas por: programas, ações, projetos, que deverão

atuar conjuntamente com a finalidade de garantir que sejam cumpridas as necessidades previstas na Constituição Federal e no ECA, em benefício das crianças e adolescentes e que sejam capazes de garantir-lhes plenas condições de desenvolvimento pessoal.”

Um dos principais pontos em relação ao Estatuto da Criança e do Adolescente é o relativo à regulamentação do texto Constitucional no tocante ao direito infanto-juvenil. O ECA foi promulgado para que neste ponto a Constituição não fosse mera letra de papel, mas tivesse eficácia plena. Porém, a simples existência de leis não estabelece de forma imediata à execução das normas, é necessário reflexão e atuação por parte dos gestores, para executar os serviços necessários a crianças e adolescente, mas também não basta o agir dos gestores, é necessário que a Sociedade participe do processo, faça cobranças aos entes políticos, pois, como já foi dito, a positivação de normas não garante o seu cumprimento.

Segundo Veronese, são dois os princípios básicos do ECA: o da participação e o da descentralização. O princípio da descentralização se configura na ideia de divisão de tarefas e funções dos diversos entes federativos que compõem a federação brasileira. Já no tocante à participação, o foco é a legitimação da sociedade para atuar em varias ações, não apenas cobrar os entes políticos, mas atuar e colocar a mão na massa, através de ONGs, associações, e agremiações. Talvez essa seja a mais moderna concepção de cidadania moderna (2003).

Outro ponto importante do Estatuto da Criança e do Adolescente é a possibilidade de demandar em juízo os novos direitos da criança. O acesso ao judiciário na defesa e no interesse de crianças constitui em mais um elemento de transformação da justiça brasileira e da consolidação da cidadania infanto-juvenil. Isso ocorre porque o judiciário não é apenas um árbitro de interesses privados e individuais, mas é chamado a colaborar na construção e defesa dos direitos sociais, agindo na defesa de direitos transindividuais tais como, o das crianças e dos adolescentes (VERONESE, 2003).

Entre as novidades trazidas pelo ECA está a possibilidade de demandar em juízo contra o Estado, por intermédio de uma ação civil pública, e o



cumprimento de determinadas funções estatais, tais como, o acesso à educação, à saúde e aos programas específicos para pessoas com necessidades especiais, direitos que estão previstos na Constituição e na Lei nº 8.069/90.

### 1.2.1 Dos Direitos Fundamentais Estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente

O Brasil em sua Constituição garantiu os direitos fundamentais aos seus cidadãos, sendo esses direitos um dos pilares do Estado Democrático de Direito.

Segundo o jurista, JJ. Gomes Canotilho, direitos fundamentais seriam aqueles direitos da pessoa, que estão estabelecidos juridicamente, e limitados em determinado tempo e espaço, ou seja, vigem em um Estado em que a ordem jurídica está estabelecida de forma concreta (CANOTILHO apud AMIN, 2007, p.31).

No que diz respeito aos direitos infanto-juvenis, o legislador constituinte, estabeleceu entre os direitos fundamentais, os que seriam indispensáveis à formação do sujeito em desenvolvimento, alguns descritos no artigo 227. São eles: “direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, a liberdade e à convivência familiar”.

Segundo Paula, os direitos infanto-juvenis são de natureza efêmera, por isso a urgência da prestação estatal (2002, p.39):

“A infância e adolescência atravessam a vida com a rapidez da luz, iluminando os caminhos que conduzem à consolidação de uma existência madura e saudável. Aquisições e perdas, privações e satisfações, alegrias e tristezas, prazeres e desgostos, êxitos e fracassos e tantos outros experimentos materiais e emocionais sucedem-se em intensidade e velocidade estonteantes. Não raras vezes não podem ser repetidos, constituindo-se em experiências únicas e ingêntes.”

Ainda, segundo o autor, a perda de um direito não prestado se torna um dano irreparável e com sérias consequências, seguindo muitas vezes pela

morte, fragilidade física ou mental, pela ausência educacional, o que dificulta de maneira substancial o acesso ao mercado de trabalho (PAULA, 2002).

Dentre os direitos fundamentais estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 e pelo ECA e de suma importância para esta pesquisa é o Direito à saúde.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde não é apenas ausência de enfermidades, mas um estado em que o indivíduo possui plenitude em todas as áreas da sua existência, quais sejam: emocional, física e social.

De acordo com o direito brasileiro, cabe precipuamente aos pais o dever de zelar pela saúde de crianças e adolescentes, uma vez que, são eles os detentores do poder familiar. Os pais devem, assim, proporcionar atenção integral em saúde à sua prole, principalmente nos primeiros anos de vida, quando os pequenos necessitam de cuidados especiais.

### 1.2.2 A saúde de Crianças e Jovens como um direito fundamental

O Estado de acordo com o texto do Ipea não cumpre com os direitos fundamentais de crianças e adolescentes com transtornos mentais, pois não garante mecanismos eficazes no tratamento voltado a saúde mental infanto-juvenil

De acordo com o texto são necessárias três condições para que um determinado fato possa ser considerado violado (Ipea, 2004, p. 10):

“Três condições devem ser cumpridas para que um fato possa ser considerado com direito violado: i) a criança ou adolescente deve ser identificado; ii) o fato deve consistir em prática contrária ou ausência de condição necessária ao cumprimento de direitos fundamentais assegurados pelo ECA(Estatuto da Criança e do Adolescente) ; e iii) deve existir um responsável pela violação ”.

Um dos pontos destacados pelo Ipea e a violência psicológica sofrida por adolescentes e crianças no Brasil, desrespeitando assim, o artigo nº 18

do ECA. Esse tipo de agressão compromete seriamente o desenvolvimento infanto-juvenil, podendo gerar sequelas graves. (Ipea, 2004).

A violência psicológica acontece quando o adulto ofende a criança e impede seus esforços de auto-aceitação, o que gera um grande sofrimento mental por causar medo. Dentro do contexto da pesquisa esse foi a segunda opção mais escolhida (26,5 %) Tortura Psicológica (Ipea, 2004).

Em relação a Violação do Direito à Vida e à Saúde foram constatadas 4,5 mil ocorrências neste grupo. Esse percentual representa 5,6 % das ocorrências constatadas pelos Conselhos Tutelares e encaminhados a base de dados do Ministério da Justiça. Dos dados coletados desse grande grupo 38,8 % não foram determinados precisamente, pois foram mapeados como outros (Ipea,2004).

Muitas são as reclamações no tocante ao direito à saúde, há deficiência de Recursos Humanos destinados ao atendimento ou tratamento infanto-juvenil. Relativamente 8% das ocorrências neste grupo são em decorrências de negligências desrespeito, discriminação etc. Resultado da má formação de alguns profissionais (Ipea, 2004).

A falta de políticas públicas direcionada ao tratamento e atendimento dos enfermos agrava a situação, além da falta de atendimento especializado, a carência de recursos destinados a tratamento de saúde específicos o que necessita de centros ou médicos especializados (Ipea, 2004).

Por fim, a saúde Pública destinada a atenção infanto-juvenil, principalmente no que diz respeito a saúde mental não é objeto de políticas públicas, o que gera danos irreparáveis a saúde psíquica deste grupo, com danos que podem durar toda a vida adulta ou até agravar.

### *1.2.2.1 Do direito a Saúde prevista na CF/88*

Antes de adentrarmos no objeto específico de análise desta seção, qual seja, o direito à saúde na Constituição Federal de 1988, faremos uma pequena digressão sobre as transformações sofridas pela questão da saúde.

O exercício da medicina sempre esteve relacionado a fatores econômicos e sociais de grupos específicos, mas apenas em tempos modernos surgiu uma concepção clara da ligação entre fatores sociais e problemas médicos (GIOVANELLA, 2008).

Os primeiros princípios relacionados à saúde surgiram em meados de 1848, elaborados por alguns médicos. O primeiro desses princípios estabelece que a saúde de um determinado povo é função e responsabilidade social, assim, a Sociedade tem o dever de zelar, cuidar, e a assegurar a saúde da população (GIOVANELLA, 2008).

Segundo Neumann, em última análise a prestação da saúde é um dever estatal. Se é obrigação do homem social lutar, auxiliar e superar os riscos fruto da vida em sociedade, então é obrigação do Estado combater todos os perigos a saúde da população, independente de ser fatores naturais, ou sociais, em resumo tudo o que ofereça riscos a saúde humana (GIOVANELLA, 2008).

O segundo princípio que acompanha a medicina como ciência com o enfoque social, são as influências que a situação econômica podem gerar na saúde dos indivíduos, devendo tais influências serem pesquisadas pela ciência. Neumann achava que a miséria, falta de alimentos e a pobreza “se não eram idênticas à morte, à doença e ao sofrimento crônico, eram, como seus inseparáveis companheiros o preconceito, a ignorância e a estupidez- fontes inesgotáveis de seu aparecimento” (GIOVANELLA, 2008).

O terceiro princípio analisado, conclui que algumas medidas devem ser adotadas para impulsionar a saúde e lutar contra doença, não sendo apenas medidas sociais, mas principalmente médica. Assim, para Neumann a saúde é

conjunto de fatores que devem ser observados por todos. No campo da pública devem direcionar os projetos para que atendam à necessidade e o interesse da Sociedade, observando as situações físicas e sociais que influencia diretamente à saúde (GIOVANELLA,2008).

Para o autor, as situações são divididas em dois campos principais: primeiro, as situações que envolvem a ausência de recursos financeiros por parte dos cidadãos e a enfermidade, deste modo o sujeito deve exigir o auxílio do Estado; e segundo, a situações em que o Estado por intermédio dos seus gestores e administradores o dever de intervir na liberdade do cidadão, mas para benefício de sua própria saúde, como em situações de epidemia, doenças transmissíveis que dependendo dos casos podem ser danos irreparáveis se o Estado não agir de maneira rápida e eficaz e no caso de doença mental. (GIOVANELLA, 2008).

Por ultimo, a saúde pública deve cumprir com esses deveres, fornecendo um adequado quadro de médicos capacitados e criando instituições fortes que possam suprir os anseios de seus cidadãos (GIOVANELLA, 2008).

Os estudos de Neumann e de seu grupo de pesquisa sobre o dever do Estado em cumprir obrigações relativas à saúde pública foram tão surpreendentes para época, que acabaram por influenciar os pensadores modernos, e as leis contemporâneas no campo da saúde. (GIOVANELLA, 2008).

Os direitos relativos à saúde nos Estados contemporâneos devem observar a questão social e os valores fundamentais do indivíduo. “É obrigação do Estado respeitar, valorizar e envolver o sujeito, atendendo o seu objeto e realizando os seus objetos”. (GIOVANELLA, 2008).

Nesse sentido, a Constituição da República Federativa do Brasil garante vários direitos sociais entre eles o direito à saúde. Após varias décadas onde o direito à saúde não era um dever do Estado, sendo fornecidos a poucos privilegiados, trabalhadores que eram beneficiados por uma saúde de caráter cooperativista (GIOVANELLA, 2008).

O Estado em sua função Social tem o dever de zelar pelos direitos dos indivíduos que o compõem. Para tal, deve atuar na concretização desses direitos através de políticas públicas. Obrigando-se pelo financiamento de recursos públicos, mas não basta apenas à destinação de recursos públicos, por isso, a organização político-administrativa de forma descentralizada em cada esfera de governo (GIOVANELLA, 2008).

Mas, qual é a concepção de saúde que está abrigada na Constituição Federal de 1988?

De acordo, com a VIII Conferencia Nacional de Saúde de 1986, que analisa a saúde de forma abrangente, ela envolve vários fatores, tais como: condições de moradia, alimentação correta, lazer, meio ambiente limpo e livre de pragas, esgoto a céu aberto, como ocorre em várias localidades brasileiras. (GIOVANELLA, 2008).

Para Rosen, o termo saúde independente de ser boa ou má, diz respeito a um constante movimento resultante de ações internas e ambientais que se dá em um determinado tempo e espaço. Na visão do autor o surgimento de doenças, em uma determinada localidade, não é mero acaso, e sim, um acontecimento específico que tem certas etiologias, com repetições, prevalência e mortalidade, devendo ser pesquisadas e analisadas, pelas autoridades competentes, e que devem levar em consideração alguns fatores, tais como, sexo, idade, cultura, profissão e outros fatores (ROSEN apud CORRÊA, 1999, p. 27). Ainda, segundo o autor, “A doença relação causal com a situação econômica e social dos membros de uma população, e assistência médica reflete a estrutura da Sociedade em particular, as suas estratificações e divisões de classe”. (CORRÊA, 1999, p. 27)

Na carta magna, por meio dos arts. 196 a 200, fica claro que a saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado brasileiro. A prestação deste serviço pelo governo dá-se por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que atua de forma descentralizada em todas as esferas de governo e com a participação de seus usuários, de acordo com o que será abordado em tópico específico.

Antes de adentrarmos na análise do SUS, faz-se necessário o enfrentamento da saúde no Estatuto da Criança e do Adolescente.

#### *1.2.2.2 O direito fundamental à saúde previsto no ECA*

O artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, na esteira da Constituição Federal de 1988, garante o atendimento integral à saúde infanto-juvenil por meio de ações do Sistema Único de Saúde, garantindo assim, a esse público, o acesso de forma plena e integral aos serviços fornecidos pelo Sistema de Saúde.

Saúde é um direito essencial do público infanto-juvenil. De acordo com Amin, esta prestação do Estado deve ser baseada no princípio da igualdade, não podendo ser suprimida de forma alguma.

“Saúde compreende sanidade física e mental. Alcançá-la é formalmente direito de toda criança e adolescente, aplicação do princípio da igualdade. Na prática, a enorme desigualdade social presente em nosso país também resvala no campo da saúde, seja preventiva, clínica ou emergencial” (2007, p. 38).

Crianças e adolescentes de todas as classes tem o mesmo tratamento formal, porém na prática há grandes diferenças de tratamento, enquanto crianças carentes ficam sujeitas à falta de saneamento básico, alimentação saudável e as longas filas de hospitais, o que não ocorre com crianças de classe média, fica claro que as crianças brasileiras são iguais apenas formalmente.

A curto prazo o melhor caminho são as políticas preventivas, contra uso de drogas e doenças bucais. Sem falar nas campanhas de vacinação que devem ser cumpridas por toda a sociedade, para que o país consiga erradicar inúmeras doenças e para que doenças que foram erradicadas não voltem.

Segundo Amin, a saúde mental nunca teve atenção devida no país, sendo renegada pelas autoridades competentes. Não se trata apenas de doenças mentais, mas de problemas psicológicos. Crianças e adolescentes que sofreram abusos sexuais, emocionais e físicos, na maioria das vezes não conseguem

atendimento profissional adequado, pois, a maioria dos responsáveis por elas, acreditam que elas não precisam de tratamento, já que não são loucas (2007).

Para Amin, a rede pública de saúde não consegue suprir a demanda infanto-juvenil no que diz respeito à saúde mental. Segundo o autor

“Na prática, a rede protetiva tem, indiretamente, oferecido o apoio psicológico através de programas que, por via reflexa, tratam da saúde psíquica da criança e do adolescente. Programas como NACA- Núcleo de Atendimento à Criança e Adolescentes, e Sentinela, cujo objetivo é identificar casos de abuso e desrespeito aos direitos infanto-juvenis, têm se valido de suas equipes técnicas (assistentes sociais e psicólogos ) para ofertar apoio à crianças, jovens, e famílias. ONGs também têm prestado esse serviço, mas de forma ainda incipiente diante da crescente demanda” (AMIN, 2007, p. 39).

A saúde mental infanto-juvenil ainda não dispõe de uma rede de Atenção complexa e ampliada, e muitas vezes é renegada a segundo plano.

### 1.2.3 Crianças e adolescentes com deficiência segundo o ECA

O legislador do ECA garantiu o acesso à saúde e tratamento adequado a crianças e adolescentes com deficiência mental, com essa medida buscou-se assegurar tratamento efetivo as diversas patologias existentes.

Segundo Amin, o Estatuto da Criança e do Adolescente é uma norma de caráter imperativo para os gestores do sistema. Não é uma mera privação, ou programação, e sim uma determinação para que fique à disposição de crianças e adolescentes com necessidades especiais, bem como mecanismos que consolide o seu acesso (2007).

Dessa forma, deverá o poder Estatal oferecer, de maneira direta ou por parcerias, tratamento médico que viabilize de modo adequado o tratamento destes pacientes, e não apenas garantir o tratamento de saúde, mas viabilizar meios ao seu acesso. É o caso do direito ao passe livre e aos meios de transporte coletivo.



Nesse contexto, segue o seguinte julgado:

APELAÇÃO CÍVEL Nº 22.786 – 0/7 – COMARCA DE SÃO PAULO – TJSP – RELATOR DES. NIGRO CONCEIÇÃO – J. 26/09/96.

“Ação Civil Pública – Menor deficiente físico – Carente – Legitimidade das Secretarias de Estado para Figurarem no pólo passivo – Responsabilidade do Poder Público, representado pelo Estado – Omissão caracterizada – Multa que dever ser fixada em valor elevado, a fim de compelir a execução do julgado e desencorajar o descumprimento do dever de ministrar o tratamento adequado ao menor – Honorários do perito fixados com moderação – Recurso desprovido, repelida a matéria preliminar”.

Concluindo, o Estatuto da Criança e do Adolescente é uma norma de fundamental importância para o reconhecimento de todas as crianças e todos os adolescentes como sujeitos de direito, que devem ter uma tutela especial do Estado, em razão de sua condição de pessoa em desenvolvimento. Nesse sentido, a saúde dessa população deve ser assegurada pelo Estado por meio do SUS, que será objeto de análise na próxima seção.

### **1.3 O Sistema único de Saúde - SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o modelo brasileiro de assistência à saúde, com amplo acesso a todos os serviços, da preventiva a farmacêutica e em todos os níveis de governo, com a participação de forma complementar da iniciativa privada.

O SUS é guiado por uma rede de princípios e diretrizes, sendo este modelo utilizado em todo país. Segundo Noronha e colaboradores (2008), após a derrocada do regime militar surgem iniciativas que visam dar uma nova roupagem ao campo da saúde pública no Brasil, uma vez que, a saúde não era um direito de todos previsto na constituição como é hoje, como já dito anteriormente. Apenas algumas categorias de trabalhadores tinham esse acesso garantido por meio de suas classes profissionais.

Segundo Noronha e colaboradores (2008),

“O marco desse novo tempo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em torno dos temas da saúde como direito de Cidadania, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, que alimentaram um intenso debate travado até a aprovação da Constituição de 1988”.

Esse intenso debate durante o processo da constituinte de 1988, e a forte mobilização da sociedade civil e dos movimentos de esquerda, consolidou um maciço apoio parlamentar suficiente para introduzir no “Título VIII - Da Ordem Social” e o capítulo (II) que trata da seguridade social (Brasil, 1988).

Sendo assim, a Constituição brasileira no seu artigo 194, estabeleceu parâmetros que garantisse a seguridade social. Que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Compete aos diversos entes federativos assegurar e dar livre acesso a esses direitos, não podendo existir qualquer forma de discriminação ou meios que impeçam o uso desses serviços. A Constituição contém uma concepção ampla no que diz respeito à saúde, garantida mediante “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação” (Brasil/1988). Para Noronha e colaboradores (2008), Para dar concretude a esse sistema a constituição institui o Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado na lei 8.080, de 1990, nesta lei estão previstos “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” . Para Noronha e colaboradores (2008, p.438), fazem Parte desta definição:

- Atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;
- Serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, quer seja pelos governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

- Ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;
- Intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;
- Instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

Quando as disponibilidades do SUS não puderem suportar a demanda ou não tiverem como prestar determinado serviço, este poderá recorrer à iniciativa privada. Para que haja a participação da iniciativa privada é necessária a realização de contratos e convênios, devendo ser utilizadas as normas de direito público, além disso, os serviços prestados pela rede privada devem observar os princípios e as regulamentações estabelecidas pelos órgãos de direção do SUS.

Sendo assim, o SUS não é constituído apenas por serviços públicos, mas por uma grande rede privada, composta por hospitais, ambulatorios e unidades de terapia, que são financiados com repasses de dinheiro público direcionados à saúde. O financiamento desses serviços é oriundo de receitas arrecadadas pelo Estado, destinadas à prestação e acesso integral a saúde para todos os cidadãos, sem que estes, tenham que pagar qualquer valor de forma prévia (NORONHA e colaboradores, 2008).

Segundo Noronha e colaboradores (2008), as principais diretrizes e princípios do SUS estão elencados na Lei Orgânica da Saúde sendo:

- Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência

O acesso universal é um grande avanço na prestação de saúde pública no Brasil. Fica estabelecido que todas as pessoas têm direito a saúde, independente do grau de complexidade do serviço prestado ou das condições econômicas do paciente. Isso implica na substituição do modelo que vigorou durante anos no Brasil, esse modelo era baseado na contribuição social do cidadão, sendo

assim, os serviços eram condicionados aos contribuintes da Previdência Social, no início para certas categorias profissionais e, logo após, pelos profissionais inseridos no mercado de trabalho. Com a Universalização, as condições econômicas do cidadão, e sua inclusão no mercado de trabalho, não são mais condição para o acesso aos serviços públicos de saúde, pois o acometimento de moléstias e o direito a prevenção de doenças não está condicionado a condições financeiras ou de ordem social (NORONHA e colaboradores, 2008, p.439).

- Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Por este princípio se tem a não discriminação ao acesso ao SUS, independente de cor, religião, opção sexual. Não é razoável que se aceite determinados grupos e outros não. Somente questões básicas de cada indivíduo devem orientar o atendimento ao SUS, as diferentes necessidades do cidadão é que deve servir de base para seu acompanhamento. Sendo assim, cada pessoa deverá ter um atendimento diferenciado para cada tipo de enfermidade, ou até mesmo, para uma prevenção, o que requer uma maior atenção dos profissionais que integram a rede do SUS (NORONHA e colaboradores, 2008, p.439).

- Integralidade da assistência.

A integralidade garante a todos assistência em todos os níveis de complexidade do SUS. “A integralidade é entendida, nos termos da lei, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos” (NORONHA e colaboradores, 2008, p.439). Sendo assim, os profissionais das diversas áreas de saúde e os gestores que compõem o SUS, devem desenvolver os serviços de forma que facilite a integração dos diversos mecanismos do sistema (NORONHA e colaboradores, 2008).

- A Participação da Comunidade.

A participação dos cidadãos foi a maneira escolhida na lei do SUS, para que a população tivesse acesso aos programas estabelecidos e pudesse

interferir nas escolhas e nas prioridades locais, essa participação é estabelecida em todos os níveis de governo. A efetivação desse princípio se dá através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, esses instrumentos são ferramentas importantes no diálogo entre população, profissionais de saúde e gestores (NORONHA e colaboradores, 2008, p.440).

- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Esse princípio tem como objetivo principal, gerar uma maior responsabilidade dos gestores estaduais e municipais. Por ele há um controle maior das necessidades que precisam ser atendidas, e programar serviços necessários ou combater situações críticas mesmo que momentâneas. Dessa maneira os gestores, principalmente os municipais, têm uma maior chance de dar uma resposta de qualidade aos problemas locais (NORONHA e colaboradores, 2008, p.440).

Contudo, é necessário estabelecer os serviços por níveis de atenção, ou seja, de forma hierarquizada e regionalizada. “No nível mais básico estariam os serviços dotados de tecnologias e profissionais para realizar os procedimentos de mais frequentemente necessárias (ex: vacinas, consultas em clínica médica e pediatria, parto normal). Os serviços básicos deveriam ser distribuídos de forma mais ampla e por todo território nacional. No nível mais complexo, estão situados os hospitais, as unidades de diagnóstico, estes estabelecimentos devem estar preparados para procedimentos menos requisitados, mas não por isso, menos importante. “Para os quais não é aceitável ociosidade dadas as implicações nos custos crescentes sobre o sistema ( ex: cirurgia cardíaca, ressonância nuclear magnética, transplantes de medula óssea)”. (NORONHA e colaboradores, 2008).

A hierarquização e a Regionalização estabelecem que os usuários serão encaminhados para outras unidades quando necessário. Sendo assim, isso exige uma grande interatividade entre as instituições que compõem o SUS. Sejam públicas ou privadas. Essas situações por muitas vezes esbarram-se em questões

políticas, o que dificulta a operacionalização do sistema (NORONHA e colaboradores, 2008, p.441).

- O Papel das três esferas de governo na gestão do SUS.

Segundo a autora o papel das três esferas de governo no SUS é bem definido, tendo cada um a sua função, sendo essa exercida pelo Poder Executivo em cada esfera de governo. “A direção do SUS é única nos níveis nacional, estadual e municipal, sendo exercida respectivamente, pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes”. (NORONHA e colaboradores, 2011, p. 444).

Segundo Noronha e colaboradores (2008, p. 445), os gestores do SUS atuam em dois campos basicamente, o político e o técnico. No campo político os gestores trabalham, com outros atores, sendo o papel e a influencia destes de fundamental importância para concretização de diversas diretrizes do SUS, mas não apenas para implementação de diretrizes, mas, para que se veja as necessidades que forem surgindo, até porque a área da saúde é muito dinâmica, onde não há necessidades estáticas, pois mudam de acordo com a situação de uma determinada população.

Os Gestores desenvolvem suas funções, porém de forma compartilhada. A gestão do SUS, não é desenvolvida apenas por entes governamentais, com esta visão se intensifica os interesses da sociedade, valorizando o funcionamento dos diversos espaços de representação e negociação dentro do SUS.

O financiamento de recursos para o SUS se dá de várias maneiras, envolvendo a alocação de tributos, a criação e a efetivação de orçamentos públicos destinados à saúde. Existe ainda, a elaboração de investimentos específicos para o uso das receitas destinados ao SUS, há também a prestação de contas dos valores investidos. A regulação propõe a criação de normas, fiscalização e o controle dos serviços do SUS. Sendo assim, o cumprimento das ações e serviços do SUS, incorporam os vários procedimentos técnicos e administrativos ligados á conclusão

das ações e os meios de promover à saúde, e prevenir doenças, fazer diagnósticos, recuperação e reabilitação, sendo, todos esses serviços efetuados de forma gratuita, ou seja, pública e em cada esfera de governo. (NORONHA e colaboradores, 2008).

As funções desempenhadas pela União, os estados e os municípios são bem semelhantes, uma vez que, não há atribuições concorrentes. Na carta magna a saúde é vista como atribuições de todas as esferas de governo, não sendo função apenas de um ente federativo, já que as funções devem ser desenvolvidas em harmonia, ou seja, em consonância. Para que, desta forma as desigualdades existentes entre os vários municípios sejam diminuídas, havendo ainda, a possibilidade de convênios entre os municípios (NORONHA e colaboradores, 2008).

As principais responsabilidades que caracterizam a atuação do Ministério da Saúde, no âmbito federal, no SUS são o controle e a coordenação de forma geral em todo território nacional, porém, é necessária a participação dos estados e municípios no desempenho dessas atividades, além disso, o Ministério da Saúde tem que oferecer cooperação técnica e financeira (NORONHA e colaboradores, 2008).

Já nos casos dos gestores estaduais suas obrigações são basicamente o planejamento do sistema em âmbito estadual de forma regionalizada (incluindo os diversos municípios) e por fim, auxiliar os municípios com cooperação de pessoal, financeira e técnica (NORONHA e colaboradores, 2008).

Atuação do gestor municipal é gerir o SUS no seu território, com a coordenação e a inclusão dos diversos serviços de saúde na sua localidade, e ainda, fazer o controle da participação da iniciativa privada no Sistema. Dessa forma, os estados e o Ministério da Saúde só executam os serviços de maneira temporária, ou em situações específicas e justificadas (NORONHA e colaboradores, 2008).

### 1.3.1 Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde

As conferências e os conselhos de saúde são mecanismos previstos, segundo Noronha e colaboradores (2011), no sentido de fortalecer e consolidar a diretriz do SUS, qual seja, a participação do povo.

Desta forma, a lei 8.142, de 1990, efetivou duas importantes instâncias: os Conselhos e as Conferências de Saúde. A criação dessas instâncias está vinculada a certas necessidades, a certas ideias centrais, sendo: 1) o controle social, que expressa o controle da população sobre o Poder Público, e ainda a cobrança da sociedade a respeito das políticas públicas; 2) construção de uma gestão participativa, que se caracteriza pela criação da política de Saúde, com os gestores e com a sociedade; 3) a necessidade de rompimento com o antigo sistema, onde clientelismo, patrimonialismo e o personalismo estavam consolidados no sistema de saúde. Por isso é necessário um vínculo forte entre a sociedade organizada e os órgãos públicos. Para Noronha colaboradores (2008, p. 452):

“As conferencias de Saúde têm como objetivo principal a definição de diretrizes gerais para a política de saúde, devendo ser realizadas nacionalmente a cada quatro anos e contar com ampla participação da sociedade, com representação dos usuários paritária à dos demais segmentos (representantes do Poder Público, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços)”.

A 9ª Conferencia Nacional de Saúde indicou um período de dois anos entre as conferências municipais e as estaduais, com o mesmo período das nacionais, por meio do poder Executivo local. Dentre os participantes dessas instâncias, o grupo dos usuários deve constituir pelo menos a metade dos conselheiros. Devendo atuar na elaboração de estratégias e na fiscalização dos serviços de saúde. A composição dos conselhos deve ser de forma mais plural possível, os conselheiros devem desenvolver os trabalhos com consenso voltados para concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde, e evitando que prevaleçam interesses pessoais e específicos. (NORONHA e colaboradores, 2008).

É fundamental que os conselhos criem uma agenda com os principais temas para consolidação do SUS, de maneira que antecipe a agenda do



futuro gestor. As questões que necessitem ações deliberativas devem ser homologadas se tornando em um ato formal do gestor do SUS.

Os gestores devem criar meios e esforços para realização das conferências de forma que valorize esse importante instrumento popular. Sendo assim, é necessário divulgar a realização das conferências desde início, mobilizando vários setores, desenvolvendo o processo de eleição dos delegados, e limitando os temas que serão discutidos e definidos, e que posteriormente serão divulgados por meio do relatório final. Portanto, os conselheiros devem ter informações, auxílio financeiro e de pessoal para realização de suas funções que foram estabelecidas anteriormente nas conferências.

Por fim, devem ser assegurados todos os meios legais para consolidação e fortalecimento do SUS. Para que esta importante conquista social venha cada vez mais se fortalecer, e que os seus princípios não sejam perdidos ao longo dos mandatos dos seus diversos gestores, pois o SUS é uma grande conquista social, sendo que vários setores da nossa nação se utilizam dele, até mesmo os mais favorecidos economicamente, já que em se tratando de doenças de custo elevado, geralmente os planos de saúde não suprem todas as necessidades do indivíduo, indo por fim este para rede pública de saúde. (NORONHA e colaboradores, 2008).

O SUS é uma política pública de Estado, que visa assegurar o acesso universal da população brasileira à saúde. Mas, o que é uma política pública? É o que abordaremos no próximo capítulo.

## 2. O QUE SÃO POLÍTICAS PÚBLICAS

Nas últimas décadas ressurgiu um campo importante de pesquisas denominado políticas públicas. Esta área ganhou destaque tendo em vista a necessidade dos países de consolidar seus programas com maior efetividade e menos gastos, sobretudo nos países em desenvolvimento e nas democracias recentes (SOUZA, 2006).

Vários são os conceitos de políticas públicas adotadas por diferentes teóricos do campo. Para Appio (2005, p.136).

“As políticas públicas podem ser conceituadas, portanto, como instrumentos de execução de programas políticos baseados na intervenção estatal na sociedade com a finalidade de assegurar igualdade de oportunidade aos cidadãos, tendo por escopo assegurar as condições materiais de uma existência digna a todos os cidadãos”

Ainda, segundo Rodrigues “Política pública é o processo pelo qual os diversos grupos que compõem a sociedade – cujos interesses, valores e objetivos são divergentes – tomam decisões coletivas, que condicionam o conjunto dessa sociedade” (RODRIGUES, 2005, p.13).

Porém, a definição clássica de políticas públicas é a de Laswell que declara que “decisões e análises sobre políticas públicas implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz” (SOUZA, 2006, p.24).

Existem ainda, definições que maximizam a função das políticas públicas no enfrentamento de problemas. Os críticos dessas definições que valorizam aspectos sociais e técnicos da política pública, afirmam que são deixados de lado, ou até mesmo, esquecido o jogo tradicional da política pública, com todos os seus feitos e interesses. Além disso, não analisam a possibilidade de colaboração entre governos, instituições privadas e outros segmentos da sociedade (SOUZA, 2006).

## 2.1 O Surgimento de Políticas Públicas enquanto área de Conhecimento

Como área de conhecimento a política pública nasce nos Estados Unidos, surgindo como disciplina acadêmica e interrompendo com a antiga tradição européia, que se conformava com análise do Estado e seus desdobramentos, e renegava a produção dos governos. Enquanto na Europa a área surge com o desenvolvimento de trabalhos teóricos, já nos EUA a matéria se desenvolve, sobretudo, nas faculdades sem se debruçar no papel teórico do Estado (SOUZA, 2006).

Ainda segundo Celina Souza (2006), a política pública se relaciona com vários campos do conhecimento, ou seja, várias áreas. Deste modo, uma análise geral busca uma base teórica da economia, sociologia e sobretudo da ciência política, pois não há como analisar políticas públicas sem averiguar as ações do Estado com diferentes olhares.

Desta forma, a autora cita o envolvimento da matéria com outros campos. Para Souza (2006, p.25).

“Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos”

Políticas públicas buscam colocar o governo em ação, e analisar o enfrentamento de problemas dos diversos setores da sociedade, com intuito de harmonizar e colocar em ordem algo que esta fora dos padrões mínimos de normalidade social, e ainda, nivelar os problemas que afetam as camadas menos favorecidas da população. “A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (SOUZA, 2006, p.26).

Sendo assim, políticas públicas, após várias análises e formulações, tornam-se planos, ideias, programas e bases de dados que serviram para

implementação de medidas que poderão ser eficazes no controle e equilíbrio social. Após a implementação as ações do governo serão submetidas a modelos de acompanhamento e avaliação, podendo sofrer, até mesmo, interferência de outras esferas do Estado, como a interferência judicial.

As políticas públicas em saúde mental, voltadas para a população infanto-juvenil passam por todas essas fases, conforme será abordado oportunamente.

### 2.1.1 As políticas públicas e o Estado contemporâneo

Políticas públicas nascem da tentativa dos Estados de suprir as necessidades de seus membros, com maior eficácia e eficiência. De acordo com Appio, “As políticas públicas por sua vez, surgem como resposta a uma necessidade contemporânea decorrente da concentração das massas em aglomerados urbanos e do processo de industrialização” (APPIO, 2005, p.142).

Cezar Saldanha por sua vez cita que “necessidades sociais nunca antes sentidas passaram a reclamar as ações do poder público, muitas de natureza prestacional, atingindo áreas da vida pessoal que estavam fora do âmbito da política” (APPIO, 2005, p.143).

Segundo Appio, no Brasil as políticas públicas têm se firmado em programas de distribuição de renda para as populações de baixa renda. Na área social a preocupação é com a inserção dos cidadãos na educação e com acesso mínimo à saúde. Esses direitos são garantidos e previstos na constituição. (APPIO, 2005).

Debates em torno de políticas públicas implicam reflexões à respeito do papel do Estado na elaboração e formulação de Políticas públicas. Para Souza, a elaboração de políticas públicas não está condicionada a imposição de determinadas elites, sobretudo no que diz respeito à nova ordem do Estado Contemporâneo e globalizado. (Evans, Rueschmeyer e Skocpol, 1985, apud Souza 2006, p.27).

### 2.1.2 O Papel do Governo

Governo é o conjunto de pessoas que direcionam os caminhos de uma determinada sociedade, pois possuem posições de destaque na liderança do Estado (RODRIGUES, 2010).

As pessoas que fazem parte do governo são importantes atores na formulação e elaboração do processo decisório no qual nascem as políticas públicas. É importante destacar que “eles têm o poder de escolher entre as diversas alternativas de políticas para atingir objetivos (ou metas) específicas, adequando os meios disponíveis aos fins almejados” (Rodrigues, 2010, p.20). Para entender as necessidades da sociedade, trabalham por meio de mecanismos complexos na tomada de decisões, e estes mecanismos estão divididos em definição da agenda, formulação, implementação e avaliação do programa, e ainda, deverão definir o futuro do programa estabelecido.

Em resumo, o governo tem o domínio para decidir de acordo com a necessidade e interesse, e até mesmo preferências, dos diferentes atores. Porém, em governos democráticos os interesses são ajustados de acordo com a política estabelecida e os grupos envolvidos. Para Martins “metaforicamente, Governo é um caldeirão de problemas, soluções, domínios, coalizões e empreendedores capazes de transformar estes ingredientes numa sopa minimamente coerente” (MARTINS, apud Rodrigues, 2010, p.21).

### 2.1.3 Quem são os atores das políticas públicas

Políticas Públicas são desenvolvidas por atores políticos, que no desempenho de suas atividades, viabilizam as verbas necessárias para suas conclusões (RODRIGUES, 2010).

Os atores de caráter privados seriam aqueles, que teriam poder de influenciar o governo a cumprir e fazer cumprir determinadas ações. “Atores privados são os consumidores, os empresários, os trabalhadores, as corporações

nacionais, e internacionais, as centrais sindicais, a mídia, as entidades do terceiro setor, além das organizações não governamentais” (RODRIGUES, 2010, p.22).

Mas na elaboração de políticas não existem apenas atores privados há também os atores públicos. Estes são os que realmente desenvolvem um papel decisório, pois estão diretamente envolvidos na elaboração e execução de Políticas públicas. Entre eles se destacam “os gestores públicos, os juízes, os parlamentares, os burocratas, os políticos, (membros do Executivo), além das organizações e instituições do Governo e as internacionais” (RODRIGUES, 2010, p.22).

Dentre os atores públicos os gestores são os que detêm um dos principais papéis na formulação de políticas públicas, já que, participam de toda elaboração e análise das matérias.

Para Rodrigues, as principais funções do gestor são (2010, p.23):

“Saber analisar o ambiente (social, político e econômico) em que as organizações públicas deverão atuar, desenhar as estruturas das organizações (em termos de meios, recursos, procedimentos e caminhos) e definir a estratégia adequada ao equilíbrio dinâmico com esse ambiente (em termos das diretrizes e políticas das organizações envolvidas constituem também habilidades importantes do gestor, que favorecem a formulação adequada de uma política pública”

Para autora, o gestor tem que ter a capacidade de negociar com os diversos grupos, conciliando a burocracia do governo e o interesse da sociedade e das pessoas envolvidas. Sendo assim, uma boa articulação pode fazer toda a diferença no sucesso de uma política.

Se o intuito de determinadas políticas públicas é o de transformar sociedades é necessário que os atores envolvidos tenham capacidade para analisar suas necessidades, e ainda, interagir com os diferentes atores e grupos.

## **2.2. Políticas Públicas em Saúde Mental**

A assistência psiquiátrica brasileira começa com a criação do primeiro hospital psiquiátrico, denominado Dom Pedro II, fundado pelo imperador que lhe

emprestou o nome. Posteriormente o hospital sofreu duras críticas sobretudo dos médicos. Uma vez que, o hospital era vinculado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e não tinha uma estrutura necessária para o atendimento de pacientes acometidos de transtornos mentais (AMARANTE, 2010, p.736).

Após a criação do hospital Dom Pedro II surgiram inúmeras intuições semelhantes. Por quase 150 anos a política nacional resumiu-se em criações de hospitais psiquiátricos.

Posteriormente, foi criada a Assistência Médico-Legal primeiro instrumento nacional de normatização e gestão da assistência, além das, das primeiras colônias de alienados, São Bento e Conte de Mesquita, ambas no Rio de Janeiro. Foram criadas varias instituições semelhantes no país, algumas com milhares de pessoas, entre elas, a Colônia de Juquery (SP) com mais de 15 mil internos e outra a colônia de Jacarepaguá (RJ) com 8 mil internos.

Para Amarante, o surgimento das colônias foi definitivo para o modelo asilar (2010, p.23):

“A noção de colônia já é suficiente para exprimir a proposta de uma modalidade única de cultura: de colonização de um determinado tipo de pessoas, ligadas por uma origem étnica, profissional, religiosa ou de uma natureza especial, como seria o caso dos alienados. De qualquer forma, tal princípio expressa uma prática de segregação de sujeitos identificados como loucos. No final do século XX, falava-se até mesmo em cidades destinadas somente para alienados: as cidades manicômios!”

O surgimento de colônias foi preponderante para o fortalecimento do modelo asilar nas décadas de 1940 e 1950. Outro acontecimento histórico que fortaleceu o crescimento de leitos no país foi a privatização dos serviços de assistência medica, que teve um grande salto no regime militar, pois neste período a assistência a saúde pública foi bem precária.

O autor destaca que, a maioria dos investimentos destinados a assistência aos pacientes psiquiátricos eram gastos com os custos das internações hospitalares, que girava em torno de 97,00% dos recursos, restando apenas 3% de recursos destinados a assistência efetiva dos pacientes (AMARANTE, 2010, p.736).

### 2.2.1. O processo da Reforma Psiquiátrica

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil inicia-se em 1970 com redemocratização do país, e com a crescente mudança no cenário mundial voltados à assistência psiquiátrica. O Brasil vivia um cenário político conturbado, pois, lutava contra o fim da ditadura militar e diversas camadas da sociedade estavam envolvidas, inclusive profissionais de saúde que reivindicavam condições dignas de trabalho e uma assistência humana e igualitária para todas as camadas da sociedade. Neste período surgiu o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), sendo o ator fundamental na organização do pensamento crítico do setor. (AMARANTE, 2010, p.738).

Neste cenário de lutas, três médicos recém - formados denunciaram uma serie de erros e maus tratos que aconteciam nos hospitais psiquiátricos, sendo estes hospitais gerenciados pela Divisão Nacional de Saúde (Dinsam), sendo este, um órgão do Estado, mais precisamente do Ministério da Saúde. Porém, a reação estatal as denúncias feitas pelos médicos foi demiti-los. As vitimas não era apenas paciente, mas também presos políticos, a demissão dos profissionais desencadeou uma serie de manifestações e denuncias o que gerou mais demissões. (AMARANTE, 2010, p.738).

O acontecimento desencadeado no Rio de Janeiro ficou conhecido como a crise da Dinsam, e teve grande repercussão nacional. Este episódio acabou incentivando a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sendo este, um movimento social organizado, que proporcionou uma reflexão critica a respeito das atividades destes profissionais, e o papel dos hospitais psiquiátricos. (AMARANTE, 2010, p.739).

Foram organizados posteriormente vários congressos, com participações de atores internacionais, entre eles: Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman, entre outros de suma importância. (AMARANTE, 2008, p.738).



Entre os atores internacionais o que teve grande influencia nos pensadores brasileiros foi Franco Basaglia, em um de suas vindas ao Brasil aproveitou para visitar associações e sindicatos, além de hospitais, teve grande contato com membros do MSTM, sendo uma grande referência a estes membros. Dentro de suas ações a que mais teve influencia para o processo de Reforma Psiquiátrica, foi sua visita ao Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, durante o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que gerou várias denúncias a respeito da assistência psiquiátrica brasileira. (AMARANTE, 2008, p.740).

Posteriormente, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, se discutiu uma nova legislação para o campo de saúde mental, e o rompimento com o modelo centrado nos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços extra-hospitalares, e ainda, possibilitou o encontro com militantes novos e antigos do MTSM. Em 1987, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru (SP), institui o lema Por uma sociedade sem manicômios, e estabeleceu o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.(AMARANTE, 2008, p.740).

Segundo o autor Amarante (2008), após um longo período de mais de uma década, o projeto de lei Paulo Delgado foi sancionado como a Lei n. 10.216/2001. Porém, a lei autorizada foi bem diferente do projeto inicialmente proposto. Sendo assim, a Lei Federal 10.216 traz um novo olhar sobre a assistência em saúde mental no Brasil, focalizando os serviços em bases comunitárias, e ainda trata dos direitos e da proteção das pessoas com transtornos mentais. Apesar das conquistas com a lei 10.216, uma critica ainda se faz, a não previsão da extinção gradativa dos manicômios, pois a lei na traz instrumentos claros e periódicos para este objetivo, contudo, foi um importante avanço na reforma psiquiátrica brasileira.

Os anos posteriores foram marcados com novos programas e novos investimentos, que tinham como objetivos a transição do modelo baseado no hospital psiquiátrico, para um novo modelo, com foco na assistência comunitária. Com este intuito a rede de saúde mental diária e ampliada, atingindo regiões que antes não eram assistidas, e que tinham um longo histórico de tradição hospitalar. Nesta mesma época, é impulsionado a desinstitucionalização de indivíduos com longo histórico de internação, com o programa denominado “De Volta para Casa”.

Foi elaborada ainda, uma política de Recursos Humanos direcionada para a Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2005).

### 2.2.2 Políticas Contemporâneas no Campo da Saúde Mental

As normas e os trabalhos específicos voltados para os usuários de serviços de atenção psicossocial do SUS demoraram um pouco até serem efetivados, algumas políticas iniciaram antes da criação do SUS, como a implantação do primeiro CAPS, em 1987, na cidade de São Paulo. O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, foi um marco na política de saúde mental.

Foi o primeiro serviço fora da lógica manicomial. A preocupação em uma assistência mais humana e social era o principal viés, principalmente nos casos dos pacientes com quadro mais grave, e que até, não teria atendimento fora da antiga lógica manicomial. (AMARANTE, 2008, p.743).

Atualmente, a política pública em saúde mental tem como um de seus dispositivos centrais os CAPS, que se dividem em diferentes modalidades, para atender as peculiaridades de sua clientela.

Ainda segundo Paulo Amarante (2008), a política nacional de saúde mental brasileira foi inovadora, sobretudo em comparação com outros países, sendo esta a posição de alguns organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Algumas destas inovações se referem à formação e o controle social estabelecido no SUS, sendo ferramentas de suma importância de controle social, tais como, os conselhos e as conferências de saúde. (AMARANTE, 2008, p.745).

Outro mecanismo de suma importância foi a criação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH). Criado por meio da portaria 251/GM, de 31 de janeiro de 2002, foi uma política adotada na tentativa de reduzir o antigo modelo assistencial, sendo uma importante ferramenta na

redução dos leitos psiquiátricos, estabelecendo diretrizes e normas para uma devida assistência, além de reavaliar os hospitais psiquiátricos.

Amarante (2008, p.746):

“Atualmente, no país todo, o número de leitos psiquiátricos é inferior a 50 mil. Neste processo de redução de leitos, merece destaque a atuação dos ministérios públicos estaduais que, a partir de ocorrências de óbitos e violências em hospitais psiquiátricos, têm impetrado medidas substanciais para a reversão do modelo.”

Com este mecanismo foi grande a preocupação da sociedade alarmada pelos conservadores de que os assistidos seriam abandonados, porém desde o final do anos 70, se discute a questão de moradia aos egressos de hospitais psiquiátricos. “No relatório Final da II Conferencia Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, foi ressaltada a importância dos “lares abrigados”, expressão adotada na época”. Sendo assim, promulgada a portaria 106/2000, foram iniciados os “Serviços residência terapêuticos” (SRTs) para pessoas que eram oriundas dos hospitais psiquiátricos, e ainda, a portaria 1.220/2000, que regulamentou a portaria anterior no tocante o financiamento do SUS (AMARANTE, 2008).

Além deste mecanismo, outra ferramenta foi implantada pelo Estado na tentativa de eliminar os manicômios, entre eles se destaca o programa De Volta Para Casa, o programa foi criado com intuito de reintegrar os assistidos a sociedade. Este programa conta com um auxílio-reabilitação psicossocial para assistidos oriundos de hospitais psiquiátricos, que serve de auxílio para os assistidos e seus familiares. O Programa foi implantado pela lei 10.708, de 31 de julho de 2003, e hoje conta com inúmeros beneficiários. (AMARANTE, 2008, p.747).

Estes foram os mecanismos criados pelo Estado brasileiro na tentativa de solucionar os principais problemas no campo da saúde mental. Com ferramentas específicas o Estado tenta dar condições dignas aos assistidos portadores de transtornos mentais.

### **2.3. A Lei 10.216 e a Proteção dos Assistidos em Saúde Mental**

Após um longo período de luta dos profissionais em saúde mental, e com as experiências positivas em alguns estados brasileiros, foi apresentado um projeto de lei do então Deputado Paulo Delgado, que tinha por objetivo extinguir com os manicômios e garantir direitos aos indivíduos portadores de transtornos mentais.

Porém, segundo o autor, a resistência de alguns interessados na manutenção do sistema vigente, como empresários proprietários de hospitais psiquiátricos, prejudicou aprovação literal do projeto. Em 06 de abril de 2001, foi aprovada a lei da Reforma Psiquiátrica que consolidaria os direitos e as necessidades básicas aos indivíduos portadores de transtornos mentais. (AMARANTE, 2008, p.752).

Contudo, no texto da lei aprovada foi excluído o dispositivo que previa a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas, mesmo com as alterações aprovação da lei foi um avanço significativo no campo da saúde mental brasileira, que há muito lutava por esta conquista. Para o autor, “Representou um significativo avanço e uma vitória inquestionável da luta do movimento antimanicomial brasileiro, ao revogar a legislação arcaica, em vigor desde 1934, e ao abrir a possibilidade e legitimar a nova política de reforma psiquiátrica”. (AMARANTE, 2008, p.753).

Na visão do Estado a lei também teve cunho importante, para este importante ator de políticas públicas a lei impõe uma nova direção.

Ministério da Saúde (2005, p.7):

“A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da Lei 10. 216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.”

O principal objetivo da promulgação da Lei. 10.216 é a garantia dos direitos dos assistidos, além de proporcionar o tratamento em regime comunitário e fora do regime hospitalar. No artigo 2º da lei, está previsto atendimentos, de qualquer natureza, o indivíduo, seus familiares e responsáveis serão formalmente informados dos direitos previstos no parágrafo único deste artigo.

Segundo Amarante, estas são algumas das garantias dos assistidos em Saúde Mental no Brasil (2008, p.753):

“Tais como ser tratada com humanidade e respeito; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, dentre outros.”

Para Amarante, um dos pontos chave da lei foi a obrigatoriedade do responsável técnico do estabelecimento de informar, ao Ministério Público em âmbito Estadual, sobre a internação psiquiátrica compulsória. Com este mecanismo, se objetiva a proteção dos indivíduos, além dos resultados interessantes frutos do envolvimento do Ministério público na defesa destas pessoas.

Por fim, cabe ressaltar que a positivação dos direitos de pessoas acometidas por transtornos mentais foi necessária para acabar com discriminação, a exclusão social e a coisificação destes indivíduos, além da violência física e psíquica que muitos sofriam. (MUSSE, 2008, p.32).

A promulgação da lei n. 10.216/2001 foi um importante mecanismo na luta anti-manicomial, porém não há uma efetivação da norma por completo, pois ainda existem pessoas que necessitam de atendimento digno no tocante a saúde mental, mas não tem acesso aos serviços estabelecidos na lei. Em relação saúde mental infanto-juvenil a lei não trouxe dispositivos específicos, mais uma vez a criança e o adolescente foram renegados a segundo plano, os atores políticos e sociais esqueceram que estes indivíduos podem ter transtornos mentais e como tal

precisam de atendimento devido, pois como foi citado crianças são sujeitos de direito e merecem respeito e atenção por parte da sociedade.

### **3. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL**

A “política” é o meio pelo qual o Estado gerencia os bens públicos no intuito de garantir o bem estar individual e coletivo de uma determinada sociedade. “Portanto, toda Política no Estado Democrático de Direito é fruto de um processo histórico e de construção para a superação de vácuos ou de regulamentação para garantir e proteger os direitos humanos fundamentais”. (AMSTALDEN, 2010, p.33).

Sendo assim, a Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil em andamento no Brasil é fruto de um esforço que tenta romper com ausência histórica neste campo, ou seja, com a ausência de políticas públicas específicas na área. Pois, anteriormente o Estado delegava o tratamento de crianças e jovens com transtornos mentais a instituições filantrópicas ou associações desenvolvidas pelos pais.

A política pública em saúde mental atual busca vencer a prática institucionalizante e histórica que marcou durante anos o atendimento em saúde mental no Brasil e no mundo. Fundada numa lógica higienista que fortalecia o quadro de abandono e exclusão social onde milhares de crianças e adolescentes eram excluídas da sociedade, isoladas em abrigos e hospitais psiquiátricos pelo Brasil afora (AMSTALDEN, 2010, p.33).

Mesmo com um indicador de que 10 a 20% das crianças no mundo sofrem de algum transtorno mental, são raras as políticas voltadas a crianças e adolescentes (Bird, 1996; Murray & Lopez, 1996 *apud* ASSIS, p. 93). Dos 191 países que fazem parte da Organização das Nações Unidas, apenas 35 adotam políticas direcionadas as crianças e somente sete possuem assistência voltada à saúde mental infanto-juvenil (Shatkin&Belfer, 2004 *apud* ASSIS, p. 93)

Para Couto (2008), no Brasil e no mundo é histórica a defasagem de Políticas Públicas em Saúde Mental Infanto-Juvenil, até mesmo, nos países ricos,

mas nos países em desenvolvimento os problemas se acentuam, pois a rede de assistência específica ainda é precária nesses países. As políticas em saúde mental ainda estão focadas nos problemas envolvendo a população adulta.

Segundo Couto, as especificidades das crianças e dos adolescentes não são supridas com os programas que são direcionados aos adultos (2008, p. 391):

“Na população de crianças e adolescentes, os tipos de transtorno, principais fatores de risco e de proteção, estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços têm especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil. Tais especificidades tendem a permanecer invisíveis na agenda mais geral das políticas de saúde mental, requerendo assim, a proposição de uma agenda política específica. A inexistência de políticas de saúde mental infantil em quase todas as partes do mundo torna o desenvolvimento de políticas nacionais de saúde mental para infância e adolescência um empreendimento não apenas necessário, como urgente. Uma política de saúde mental específica para este segmento auxiliaria substancialmente a ampliação do sistema de serviços, daria institucionalidade à construção de dados e de informações culturalmente relevantes acerca das questões que lhe são próprias, e contribuiria para o avanço das pesquisas nesta área.”

As iniciativas de posituação em saúde mental infantil no Brasil são recentes, já que a área ficou muito tempo aos cuidados de outros profissionais como educadores e assistentes sociais, tendo uma clara omissão estatal no campo da saúde mental. (COUTO, 2008)

Para Lauridsen-Ribeiro (2005), no Estado brasileiro são raras as iniciativas que tenham por objetivo a ampliação do conhecimento e a formulação de práticas na atenção da saúde mental infantil, e ressalta que os principais projetos estão voltados aos adultos, tendo como principal destaque o movimento da luta anti-manicomial. Assim, o atendimento às crianças tem-se mantido distante deste processo.

A pesquisa voltada para atenção em saúde mental infantil é inexpressiva, é merecida a atenção dos profissionais especializados em saúde mental.

Estes dados deveriam ser usados na aquisição e formulação de políticas públicas (Lauridsen-Ribeiro, 2005).

Segundo Lauridsen-Ribeiro, algumas questões devem ser priorizadas, tais como, (2005, p. 43):

“Entre tópicos específicos, é recomendado prioridade em: pesquisas que conduzam a um melhoramento dos procedimentos de assistência à saúde mental; pesquisas em serviços e sua avaliação; epidemiologia do retardo mental grave; e pesquisas que desenvolvam indicadores de saúde mental infantil e em efetivação de intervenções promotoras de saúde. Estudos sobre o impacto da escolaridade em diferente estratos sociais são de particular interesse”

O autor anteriormente citado destaca que os profissionais que prestam atendimento em saúde mental infantil devem ter a responsabilidade não apenas com o tratamento da criança, mas também de divulgarem as necessidades infanto-juvenis na formulação de políticas públicas na saúde e no desenvolvimento social.

### **3. 1 Breve Histórico da Saúde Mental Infanto-Juvenil**

A psicopatologia, a psiquiatria, a psicologia, o conjunto de informação destinado à saúde mental infanto-juvenil tem uma historia recente, ao contrário do campo destinado aos adultos.

Os saberes e instrumentos voltados para a população adulta surgiu no século das luzes, na França, em leprosários desativados, já a psiquiatria infantil nasceu dos bancos escolares. Se a Revolução Francesa serviu de fomento a psiquiatria do adulto, foi com Rousseau a guinada mestre que impulsionaria o cuidado e a compreensão destinados a criança, porém, foi necessário um século e meio depois para que as ideias de Rousseau atingisse o campo da psiquiatria. (REIS e colaboradores, 2010).

A psicopatologia infanto-juvenil teve sua origem, no início do século XIX, no interior da França, quando uma criança com cerca de doze anos de idade, sem fala inteligível e se locomovendo como um quadrúpede foi achada em uma



floresta (SELAU & HAMMES, 2009 *apud* REIS, 2010, p. 109). A descoberta despertou a atenção de um jovem médico, Dr. Itard, este influenciado pela filosofia empirista e sensualista, o qual tentou educar e devolver a humanidade ao rapaz alienado “selvagem de Aveyron”, porém sem sucesso. Mas a experiência chamou a atenção de outros médicos e da sociedade da época. Logo os médicos e os alienistas do século XIX voltaram seu olhar para o desempenho intelectual da criança. Surgindo assim, os primeiros locais destinados as crianças tidas como excepcionais. “Escola para Crianças Idiotas, fundada, em 1821, no interior do Hospício da Salpêtrière, em 1821 (PESSOTI, 1984 *apud* REIS, 2010, p.110).

Alguns anos após a Revolução Francesa, especificamente em 1880, instaurou-se o ensino obrigatório, laico e público na França, este ensino era voltado para crianças a partir de seis anos de idade. Com a obrigação do ensino surgiram novos questionamentos que envolvia as peculiaridades da infância, surgiu a necessidade de acompanhar as crianças que não conseguiam acompanhar os demais alunos, essas crianças passaram a ser conhecidas como excepcionais ou incapacitadas de acompanhar o programa escolar.

Segundo Reis, a ideia de loucura na infância não era concebida, já que esta é uma fase de continua transição, desta forma não era considerado, pois o individuo ainda não estava formado de maneira plena (2010).

### 3.1.1 A Reforma Psiquiátrica e a atenção Infanto-Juvenil

Após vinte anos da reforma psiquiátrica no Brasil podemos verificar os avanços e analisar as áreas que ainda precisam de uma atenção técnica e legislativa, porém no campo da psiquiatria infanto-juvenil pouco foi feito, enquanto se obteve importantes avanços no trabalho com adultos, destacando-se alguns políticas específicas, tais como o fim gradativo dos manicômios, impulsionado com programas como de Volta Para Casa, Serviços residenciais terapêuticos, além de outros citados no capítulo anterior.

Além da demora com atenção voltada para crianças e adolescentes outra situação foi problemática, uma vez que, as primeiras iniciativas tinham o adulto

como referência no tratamento que era destinado ao público infanto-juvenil. Por vezes, esqueceram que a criança é um sujeito dotado de direitos e deve ser visto como tal, mesmo a após a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Guerra considera que há uma necessidade de ruptura, (2003, p. 173):

“Vinculada à clínica com adultos, adotou por um tempo suas estratégias, tendo agora de destacar dela as particularidades da clínica com crianças, como: 1) incluir necessariamente a família; 2) lidar com uma linguagem diferenciada do sujeito, porque lúdica; 3) conviver com outros saberes (médico, e pedagógico, principalmente) numa prática multiprofissional crítica;”

É necessário pensar em ideias voltadas para políticas públicas em saúde mental, mas direcionadas a assistência infanto-juvenil, reescrevendo um novo capítulo nesta história a partir de novos princípios éticos e políticos. Até porque diferentes instituições foram criadas direcionadas a este público a partir da metade do século XIX na Europa e no Brasil no início do séc. XX. Porém o trabalho desenvolvido por estas instituições era de caráter pedagógico e não clínico ou psiquiátrico, diferentemente da assistência que era feita aos adultos com transtornos mentais (CIRINO, *apud* GUERRA, 2003, p. 182).

A diferença de tratamento dada aos dois grupos de assistidos ainda é nítida, pois foram várias as ações voltadas a reformar o campo de atendimento em saúde mental direcionados aos adultos, sobretudo após a segunda guerra mundial, e no Brasil, no início da década de 80, sem considerar a criança como sujeito de direitos com possibilidades de ser uma pessoa com transtornos mentais, pois a criança não era tida como sujeito que necessitasse de assistência em saúde mental, sujeita ao poder patriarcal era por muitas vezes renegado o devido tratamento.

Segundo Guerra, o adulto possuía assistência mesmo que, por vezes era ineficaz e com uma forte linha de segregação e exclusão social (2003, p. 182):

“Se os adultos sofriam com internações involuntárias e violentas, e com tratamentos ineficientes e desumanizados, a criança e o adolescente sequer encontravam um espaço de acolhida adequado a sua particularidade. Superar o “manicômio” – enquanto rede de valores e ações que institucionalizam a violência à liberdade do homem e o desrespeito pela criança – e acabar com o hospital psiquiátrico físico, inclui uma reformulação afinada com as particularidades da clínica infantil, bem como seguindo o que reza a Declaração dos Direitos da Criança, a Constituição Federal Brasileira e o Estatuto da Criança e do Adolescente”.

Foi a partir da Portaria n. 336, de 2002, do Ministério da Saúde, que se iniciou uma política direcionada a assistência específica em saúde mental direcionada a jovens e crianças, uma vez que, mesmo com a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), não houve a preocupação em garantir uma assistência à saúde mental infanto-juvenil (GUERRA,2003)

No fórum realizado em 2005, pelo Ministério da Saúde, com a participação de vários profissionais do campo da saúde, além de outros interessados, foram discutidos os novos caminhos da atenção em saúde mental infanto-juvenil, foi ressaltado que não bastava garantir direitos e consolidar normas voltados a assistência mental destes indivíduos, mas construir uma efetiva mudança no atendimento destinado a crianças e adolescentes, sobretudo um modelo voltado de base comunitária e não mais institucionalizante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A base normativa e política da área atual destinada à saúde mental, segundo o autor, há muito, ressalta a importância de ser criado um novo caminho destinado à atenção ao cuidado infanto-juvenil. “A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, apontou os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) foi contundente sobre o tema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)”.

Existe no Brasil uma política nacional destinada à saúde mental e leis que protege os direitos de pessoas com transtornos mentais, entretanto apenas 2,5% do orçamento da saúde é direcionado à área, porém em países da Europa como Canadá, chega a 11% o percentual de verba destinado a saúde mental (Kohn e cols, 2007, apud ASSIS, 2010, p.93). Na atenção voltada a assistência infanto-juvenil os valores são insignificantes.

Além dos pequenos valores direcionados a saúde mental, o número de leitos psiquiátricos no país é mínimo (2,6 para cada dez mil habitantes) e o número de psiquiatras insuficiente (4,8 por cem mil habitantes), se comparado a países como Canadá (19,3 leitos e 13,7 psiquiatras, respectivamente) (WHO, 2001, apud ASSIS, 2010, p. 94).

A autora, ainda faz uma comparação com o número de psiquiatras no Brasil e nos Estados Unidos (2003, p. 182):

“Também há escassez de serviços especializados para atender à demanda de crianças que necessitam atendimento em saúde mental. Dados indicam haver aproximadamente trezentos psiquiatras infantis no Brasil (Fleitch-Bilyk & Goodman, 2004) Nos EUA, trezentos novos psiquiatras da infância e adolescência se formam por ano (depois de três anos de especialização)”.

Existe, ainda, uma grande disparidade regional quanto ao número de psiquiatras especializado na atenção de jovens e crianças, com prejuízo relevante das regiões Centro-Oeste e Norte (Moraes e colaboradores, 2008, apud ASSIS, 2010, p. 94).

Desta forma, se faz necessária uma política que rompa com o antigo modelo de exclusão e segregação de pessoas acometidas com transtornos mentais. “No caso de crianças e adolescentes, a interface com os setores educacional, médico e jurídico tem sido essencial à reinterpretação de uma imagem social deficitária atribuída à criança e adolescente com transtornos graves” (GUERRA, 2003, p. 184).

### 3.1.2 A Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes e a Rede de Saúde mental Infanto-juvenil

O trabalho desenvolvido especificamente para crianças e adolescentes em saúde mental é norteado por alguns princípios. Tais princípios se caracterizam pelos seguintes conceitos:

A criança e o adolescente sujeitos a um devido tratamento devem ser considerados como sujeitos detentores de direitos, e não apenas indivíduos que

necessitam da tutela de um adulto ou do Estado. É importante destacar que na sua condição de sujeito detentor de direitos, este deve ser ouvido com atenção a fim de que seja desenvolvido um projeto terapêutico específico de acordo com a suas necessidades. “Tal noção implica, imediatamente, a de responsabilidade: o sujeito criança ou adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma. É, por conseguinte, um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).”

Toda pessoa que chega a uma unidade de assistência em saúde mental deve ser acolhida, ouvida e receber uma resposta. Este princípio é denominado *acolhimento universal* (AMSTALDEN, 2010). É após esta recepção é que se deve tomar uma das três formas de ação: assumir o tratamento da criança ou adolescente que chegou ao serviço no próprio serviço, e direcioná-lo de modo assistido e implicado, ou ainda, desconstituir a demanda de atendimento quando for verificado que o atendido não necessita de nenhum tratamento mental. “O serviço não pode fechar suas portas sob qualquer alegação de lotação, inadequação entre demanda e capacidade técnica do serviço (Ministério da saúde, 2005).”

O cuidado não pode ficar focado em intervenções meramente técnicas ou terapêuticas, pois não são autossuficientes, sendo assim, os trabalhos podem ficar limitados ao espaço físico do serviço, e ainda, devem construir uma relação com outros serviços e utilizar os equipamentos disponíveis no território. Desta forma, a construção da rede é uma atividade constante e dinâmica, fruto das necessidades específicas de cada indivíduo. O profissional que presta serviços em saúde mental infanto-juvenil, principalmente nos casos graves, deve criar condições de trabalho onde elas ainda não existem, dentro das condições reais de fazer isso. Para isso o profissional de atenção psicossocial deve conhecer a região onde atua, e qual o perfil das crianças e adolescentes que necessitam de atendimento nessa região, e quais são os recursos disponíveis. “É claro que, fora das urgências de seu ato, ele deve exigir e cobrar dos gestores públicos a criação dos serviços e das melhores condições possíveis de assistência” (AMSTALDEN, 2010, p.42). A falta de condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho não deve ser utilizada como argumento para falta de atendimento, pois na maioria dos casos, a realidade destas crianças e adolescentes já é dura por si só.

A necessidade de construção de uma rede permanente, compreendida mais como uma atitude metodológica do que como um conjunto predial de serviços, indica que toda ação de assistência no campo da saúde mental seja baseada pelo princípio da *intersectorialidade*. As crianças mais do que os adultos, que sofrem de transtornos mentais graves precisam da intersectorialidade, já que necessitam, não apenas de assistência em saúde mental, mas de lazer, estímulo ao desenvolvimento, escola e assistência jurídica que protejam seus direitos, entre outras.

Para Amstalden, há intervenções necessárias a serem feitas (2010, p. 42):

“Assim, na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções em todos os equipamentos, de natureza clínica ou não, devem ser tarefa dos serviços de saúde mental infanto-juvenis, envolvendo, de uma forma ou de outra, todos os dispositivos que fazem parte da vida das crianças e adolescentes”.

Por fim, e unificando todos os princípios já analisados acima, com a noção de *território*, sendo este um dos principais conceitos no campo da saúde mental, e que ultrapassa e muito a noção de território geográfico. O território é o local psicossocial da criança e do adolescente, no qual estão inseridos. “Assim, a casa, a família, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todos os outros campos constituem o território, incluindo-se centralmente o próprio sujeito nessa construção” (AMSTALDEN, 2010, p. 42).

Estes são os princípios que devem nortear os serviços que integram a rede de saúde mental infanto-juvenil. Os centros de Atenção Psicossocial (Caps), principalmente os especializados em atendimento de crianças e adolescentes, os Caps i, desempenham uma função importante na organização da rede, já que desenvolvem um trabalho direcionado e com uma equipe multiprofissional, que estuda caso a caso e que desenvolve um trabalho voltado para coletivo, mas sem deixar de focar a necessidade específica de cada um.

Para Amstalden, a rede de assistência em saúde mental deve disponibilizar de alguns serviços no atendimento de crianças e adolescentes (2010, p. 43):

“Além dos Caps, a rede de saúde mental deve contar com leitos psiquiátricos em hospitais gerais, pediátricos e serviços de urgência e emergência que possam dar suporte às situações de crise e garantir a presença de familiares e responsáveis para o acompanhamento do tratamento”.

Um importante instrumento de integração com atenção básica tem sido os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf), que tem desenvolvido ações voltadas para saúde mental em parceria com as equipes de saúde da família e com agentes comunitários, estas ações são de fundamental importância para dar continuidade aos trabalhos desenvolvidos em rede, pois há trabalhos que ainda, não podem ser desenvolvidos em locais fixos, como o atendimento a crianças que ainda estão em situação de cárcere privado (AMSTALDEN, 2010).

Os Centros de Convivência e Cultura são espaços destinados a integração social dos pacientes, estes espaços ultrapassam a dimensão clínica e rompe com estigma de exclusão social que era destinados a crianças e adolescentes.

Nos Centros de Convivência e Cultura e no interior dos CAPS há possibilidades de geração de renda para as crianças e adolescentes atendidos e seus familiares, pois em alguns casos os familiares deixam seus empregos no intuito de acompanhar o atendimento dos seus filhos.

Por fim, não há como romper com a longa trajetória de institucionalização infanto-juvenil com transtornos mentais sem consolidar a rede de atendimento.

Não há como romper com o passado de grande ausência do Estado na elaboração de políticas públicas na atenção em saúde mental infanto-juvenil, sem fiscalizar as necessidades da rede, pois não é apenas planejar e positivar as ações, mas acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos principalmente os desenvolvidos

pelos Caps i, uma vez que, quanto melhor for o plano terapêutico direcionado a cada criança e adolescente, melhor será o desenvolvimento destes indivíduos, além de facilitar a inclusão social destas pessoas.

No próximo tópico será observado o regulamento do SUS, que foi estabelecido por meio da Portaria 2.048/2009.

### **3.2 Portaria 2.048 de 03/09/2009**

Publicada no Diário Oficial da União, em 04 de setembro de 2009, No tocante a portaria nº 2.048/2009 que aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), cumpre ressaltar que no seu anexo LIII, a portaria especifica e altera alguns procedimentos destinados a atenção em saúde mental no SUS.

Em relação à saúde mental a portaria traz inúmeros dispositivos, porém serão tratados apenas o que diz respeito à saúde mental de forma ampla, não será abordado os dispositivos que tratam especificamente de transtornos mentais decorrentes do abuso de álcool e outras drogas.

A portaria traz algumas direções para os diversos modelos de CAPS, no Artigo 61 Prevê:

“Artigo 61. O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:  
I - implantação de Centros de Atenção Psicossocial;  
II - qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;  
III - implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;  
IV - fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;  
V - inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;”

- Assistência Hospitalar em Psiquiatria

Com relação aos hospitais psiquiátricos integrantes do SUS, estes deverão ser avaliados pelo PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria.



Os hospitais que não forem aprovados ou qualificados deverão ser substituídos pelo gestor local em suas atividades por outro de melhor referência. O Gestor e o Secretário local, deverão elaborar um projeto técnico para substituição dos serviços destinados aos pacientes, e farão o credenciamento do hospital substituído. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá promover atualização serviços destinados. Segue a redação Artigo 405:

“Artigo 405. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá incluir na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH-SUS, procedimento específico para o processamento das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH dos hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH/Psiquiatria, até a transferência de todos os pacientes para outras unidades hospitalares ou serviços extra-hospitalares, definidas pelo gestor local do SUS”.

“O artigo 406 especifica que é obrigação intransferível do gestor local o controle das internações em psiquiatria, e o controle da porta de entrada das internações devendo estabelecer mecanismos específicos para atender os devidos objetivos.”

#### - Das Residências Terapêuticas

Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental estabelecidos no SUS deverão obedecer ao regulamento ora tratado, estes serviços devem atender pessoas com transtornos mentais oriundas de longas internações psiquiátricas, e que não tenham suporte social ou familiar que facilitem a devida inserção social.

O artigo 408 estabelece que os Serviços Residenciais são uma modalidade de substituição gradativa das unidades de internação psiquiátrica, sendo assim, a cada transferência de um paciente a um Serviço Especializado deverá ocorrer a diminuição de leitos ou credenciamento deste no SUS, redirecionando os recursos, e estabelecendo uma possível reinserção social do indivíduo a sociedade.

O artigo 411 especifica que os estabelecimentos que os prestarão os Serviços devem ter natureza pública, podendo a critério do gestor local, ter natureza filantrópica, mas para isso, deverá ter projetos terapêuticos autorizados pela

Coordenação Nacional de Saúde Mental, além de ter ligação com a rede de Serviços do SUS em âmbito municipal, estadual ou através de consórcios entre municípios.

Em relação as características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos:

A estrutura física do estabelecimento deve estar fora dos limites hospitalares, deve apresentar um espaço físico adequado ao numero de atendidos, e serviços ambulatoriais especializados em saúde mental com equipe técnica qualificada.

Cabe ao gestor local a avaliação dos usuários em que possam contemplar a modalidade terapêutica, bem como estabelecer meios necessários para transferência dos usuários oriundos de hospitais psiquiátricos para os Serviços Residências, e fará o descredenciamento do hospital Substituído. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá promover atualização dos serviços destinados.

Artigo 433. O Diretor do estabelecimento enviará mensalmente ao gestor estadual do SUS listagem contendo o nome do paciente internado e o número da notificação da Internação Psiquiátrica Involuntária -IPI- e da Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária - IPVI, ressalvados os cuidados de sigilo.

O gestor local do SUS criará uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a devida participação do Ministério Público Estadual, este efetuará o acompanhamento das internações, no prazo de 72 (setenta e duas) horas após o recebimento da comunicação. Podendo inclusive entrevistar o internado e solicitar esclarecimentos ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, além de ouvir os familiares.

#### - Subseção IV Das Ações Assistenciais em Saúde Mental

Artigo 434. Trata do Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.

O programa deverá avaliar a assistência em saúde mental em nível nacional, dentro dos princípios do SUS, supervisionar e avaliar os hospitais psiquiátricos, dando continuidade ao trabalho de reversão desenvolvido no país, propor alternativas e outros mecanismos no campo da saúde mental.

Artigo 435. Compete à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS fazer a estruturação de Grupo Técnico, além da Organização e o acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental e a especificação dos membros que dele farão parte. As Secretarias em âmbito local deverão desempenhar este serviço.

Além dos mecanismos citados a portaria especifica os procedimentos destinados a assistência hospitalar em Psiquiatria no SUS.

Portarias nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, nº 189/SAS, de 20 de março de 2002, e nº 305/SAS, de 3 de maio de 2002, do Ministério da Saúde;

#### - Assistência hospitalar em psiquiatria no SUS

Em relação às diretrizes, no que diz respeito à assistência hospitalar psiquiátrica fornecida, o serviço deverá consolidar a implantação do modelo direcionado a atenção comunitária, no intuito de estabelecer os direitos e as necessidades dos pacientes. Estes serviços devem ser realizados com base nos princípios da hierarquização, da regionalização e da integralidade das ações. Além disso, deve ser garantido a variedade de métodos e técnicas terapêuticas em vários níveis de complexidade assistencial. Outro ponto fundamental é previsão de participação social desde a formulação até execução das políticas públicas direcionadas a atenção em saúde mental.

#### - Normas para o atendimento hospitalar

Para o entendimento deste regulamento, é compreendido como hospital psiquiátrico aquele no qual a maioria dos seus leitos é destinado ao tratamento de pacientes em tratamento psiquiátrico.

### 2.2 - Determinações gerais:

2.2.1. “O hospital deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental, estando a porta-de-entrada do sistema de internação situada no serviço territorial de referência para o hospital”;

2. Compete às Secretarias de Saúde em âmbito local elaborar os mecanismos de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, e ainda, designar um Coordenador Estadual para implementar e desenvolver os mecanismos propostos.

Mesmo com o tratamento destinado no regulamento do SUS no tocante aos hospitais psiquiátricos, cabe ressaltar que a política pública adotada hoje no tocante a estes estabelecimentos é a Desinstitucionalização, com foco na inclusão social de indivíduos com histórico de longo período de internação.

Outros procedimentos que são tratados na Portaria 336/2002 serão abordados no próximo tópico.

### 3.2.1 Portaria 336/ GM de 19/02/2002

Neste tópico será abordada a previsão legal específica no tocante a saúde mental de crianças e adolescentes, pois com advento da lei 10.216/01 que consolidou a política de atenção em saúde mental não tivemos uma política específica destinada a este importante grupo social.

A portaria 336/02, traz no seu texto legal a bússola iniciadora no tocante a saúde mental infanto-juvenil.

Para Couto (2003), Foi após um longo período que obtivemos um texto com o estatuto de norma, segundo a autora não se pode achar que uma portaria vá mudar o rumo da atenção em saúde mental infanto-juvenil no Brasil, mas pode ser o rumo orientador do qual necessitávamos. A portaria na verdade seria uma convocação ao trabalho a todos os atores sociais envolvidos. “Temos pela frente a tarefa de construir uma rede de assistência capaz de frente ao cuidado de meninos e jovens cuja posição na existência é, por vezes, de uma radicalidade assustadora” (COUTO,2003, P.193).

### 3.2.2 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

De acordo com Musse (2008), os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são serviços públicos ambulatoriais destinados ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, são serviços com atendimentos diários, e independentes de uma estrutura hospitalar, de acordo com estabelecido na Portaria GM nº 336, de 19/02/2002 (artigo 1, § 1º).

Os CAPS são instrumentos de acesso a rede de serviços destinados ao tratamento de indivíduos com transtorno mental, estes serviços são destinados a municípios que tenham um numero de habitantes igual ou superior a 20 mil habitantes. (MUSSE, 2008).

Os Serviços são divididos em CAPS I, II ou III, conforme o porte, complexidade e abrangência da população local, de acordo com o texto do artigo 4º da Portaria GM nº 336/2002 (MUSSE, 2008).

Além dos CAPS citados a cima, o SUS possui CAPS destinados a um público com demanda específica, são os CAPS infanto-juvenis (CAPSi), aqueles cujo os atendidos são adolescentes e crianças com sérios transtornos mentais, tais como: autismo, psicoses e neuroses graves, e os CAPS direcionados as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas: dependentes químicos ou adictos (MUSSE, 2008).

Segundo Amarante (2008, p.748), são estes os tipos e as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (Caps):

Tipos e modalidades de Caps	População do município	Horário de funcionamento	Dias de funcionamento na semana	Clientela
Caps I	Entre 20.000 e 70.000 hab.	8 às 18h	Segunda a sexta	Adultos
Caps II	Entre 70.000 a 200.000	8 às 18h Pode ter um terceiro	Segunda a sexta	Adultos

	hab.	período até as 21h		
Caps II-i	Acima de 200.000 hab.	8 às 18h Pode ter um terceiro período até as 21h	Segunda a sexta	Crianças e adolescentes
Caps II – ad	Acima de 100.000 hab.	8 às 18h Pode ter um terceiro período até as 21h	Segunda a sexta	Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas
Caps III	Acima de 200.000 hab.	24 horas	Diariamente, inclusive nos feriados e fins de semana	Adultos

A Portaria inova quando traz em seu bojo a previsão expressa dos Capsi, estes devem funcionar com atendimento direcionado a jovens e crianças, com transtornos mentais graves.

Em seu texto normativo a portaria aponta o serviço ambulatorial destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, ou seja, o texto demonstra que a criança ou jovem adolescente pode ser um sujeito com transtorno mental. Esta posição a muito foi renegada a este segmento, uma vez que, a criança em desenvolvimento não era tida como um sujeito em risco potencia de conter transtornos mentais, o que explica a demora em positivar uma norma específica, e por isso, o longo tratamento educacional ou assistencial voltado ao campo da saúde mental infanto-juvenil (COUTO, 2003).

Segundo Couto (2003), é necessária uma mobilização social, não apenas dos agentes diretamente envolvidos, mas de vários segmentos da

sociedade. Investigar as verbas existentes, as pessoas atendidas ou que necessitam de atendimento. Além disso, verificar e construir a necessidade de supervisão dos serviços previstos na portaria. O texto da Portaria assim estabelece: “Artigo 4º, 4.4 e- supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência” (Brasil, 2002).

Outro ponto que autora destaca no texto da portaria 336/02 são as atividades propostas ou estabelecidas para os Capsi, tais como, a previsão do cuidado direcionado a família, ou aos responsáveis da criança e do adolescente assistidos. Além da atenção familiar a portaria traz a previsão das visitas e dos atendimentos domiciliares, o que possibilita um tratamento digno a crianças e adolescentes que não possuem condições de irem até o atendimento especializado (COUTO,2003).

Por fim, cabe ressaltar a importância da Portaria 336/02, no que tange a garantia, a proteção e do direito a um tratamento de saúde mental específico e direcionado a crianças e adolescentes. A portaria foi consolidação de um direito, mas não é o bastante e ainda, há muita coisa a ser feita, pois muitos gestores não cumpriram a determinação da portaria e varias localidades brasileiras continuam sem atendimento específico ao público infanto-juvenil.

Posteriormente os serviços estabelecidos na Portaria 336/02 foram ampliados pela Portaria 3.088/11, que será tratada no próximo tópico.

#### *3.2.2.1 Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*

A portaria tem com fim principal a criação, ampliação e articulação da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades em decorrência do abuso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Dentro das diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial estão algumas determinações, que tem como foco a garantia dos direitos humanos, e o

desenvolvimento do cuidado específico a pessoas que necessitem de atendimento em saúde mental, tendo como parâmetro o desenvolvimento de um projeto terapêutico específico e singular que contemple a necessidade de cada assistido (Ministério da Saúde, 2011).

Em relação aos objetivos da Rede de Atenção Psicossocial, cabe resaltar que o foco principal é a promoção do acesso à rede de serviços aos assistidos em saúde mental e seus familiares, e ainda, consolidar a articulação e integração dos diversos mecanismos da rede, fortalecendo o cuidado e os atendimentos de urgência (Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com o Artigo 5º da portaria, a rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

“Artigo 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
  - 1. Equipe de Consultório na Rua;
  - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e



VII - reabilitação psicossocial.”

Conforme a previsão legal contida no Artigo 14, da Portaria 3.088/2011 , Cabe a União, Estados, Distrito Federal e Municípios desempenharem suas funções, com objetivo de incrementar e operacionalizar a rede, pois há necessidade de implementar os dispositivos estabelecidos na portaria, para que esta não se torne letra morta.

Assim estabelece o artigo supracitado:

“Artigo 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.”

Sendo assim, a portaria deixa claro há institucionalização de uma nova Rede de Atenção Psicossocial, conforme quadro que se segue:

MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011

	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua - Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
					Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
					1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs. 2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral fica por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de	UPA / SAMU				Conforme

Urgência e Emergência					orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL				Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011). Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.
					Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA				
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA				
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC				A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS				

A Portaria nº 3.088/2011 ampliou significativamente a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas, que necessitam de tratamento ou atendimento em saúde mental.

Porém, as inovações da portaria não foram amplas em todas as áreas, principalmente no tocante a atenção em saúde mental destinada a crianças e adolescentes. A única alteração observada foi alteração do número mínimo de habitantes, para criação de um CAPSi local, passando de 200.000 mil para 150.000 mil.

Dentro dos dispositivos da Rede foram incluídas importantes ferramentas, tais como, o atendimento em saúde mental desde a atenção básica, equipe de consultório de rua para atender a demanda de pessoas que necessitam de tratamento, mas não tem condições por si só de ir até uma unidade de saúde; a inclusão do SAMU 192 para atendimento a demanda em casos urgentes; UPA 24 horas; além de outros serviços que são importantes para o desenvolvimento da rede.

Neste contexto, cabe ressaltar que não basta apenas à ampliação da Rede, mas a consolidação de mecanismos que garantam um atendimento de qualidade a todas as pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental.

## CONCLUSÃO

Conclui-se do presente trabalho que ao longo dos anos foram várias as conquistas da criança, principalmente com o reconhecimento de sua condição de pessoas detentora de direitos. E interessante verificar que a criança e o adolescente sempre ficaram à margem da família e da sociedade, e que muitas vezes cumpria uma função de realização emocional para seus pais, para mãe com realização do sonho materno, e para a perpetuação do seu gene.

Deste modo, as crianças e adolescentes em varias sociedades não eram analisadas nas suas necessidades; era necessário o interesse do adulto para que o seu fosse reconhecido, observado. Neste contexto a vinda de uma criança portadora de transtornos mentais não era bem vista e muitas famílias não sabiam o que fazer com suas crianças, ou não queriam saber delas. Gerando assim, muitas casas asilarem com intuito de isolar estas crianças do convívio social, pois a preocupação não era com o desenvolvimento adequado destes indivíduos, mas com uma higienização da sociedade, para que o Estado Brasileiro fosse bem visto.

Desde meados da abolição da escravatura o Brasil adotou políticas de higienismo principalmente na área urbana. E preocupante observar o longo avanço das políticas mentais no Brasil, claro direcionado aos adultos, e a falta de vontade política e social com a necessidade de crianças com transtornos mentais. Seria muito melhor um atendimento adequado no inicio da infância, pois, garantiria um desenvolvimento pleno e saudável a este grupo, o que os tornaria bem provavelmente adultos psicologicamente saudáveis.

No desenvolvimento deste trabalho foram analisados alguns dispositivos, o que demonstra que em pleno século XXI crianças e adolescentes, ainda não são consideradas na elaboração da principais politicas de saúde mental no Brasil. A falta de produção textual de forma ampla demonstra isso. Fica claro que

a consolidação da Portaria 336/ 2002 foi um importante instrumento, mas ainda, ineficaz na consolidação da atenção em saúde mental.

Muitos comemoram o advento da Portaria 3.088 de 23/12/2011, portaria esta que amplia consideravelmente a Rede de Atenção Psicossocial, e que fixa o principal alvo das políticas em saúde mental no Brasil, ou seja, as pessoas com transtornos mentais em decorrência do uso ou abuso de substâncias químicas. Este grupo não é nem mais, nem menos importante que outro.

Mas nos parece que a política de higienismo ainda é forte no Brasil, pois, com a proximidade dos grandes eventos esportivos no país não seria interessante uma comunidade de dependentes químicos que pudessem assustar os turistas, ou comprometer a imagem da nação no exterior. Portanto, a preocupação não é com as pessoas, mas com imagem política e de um país em plena ascensão mundial. Por isso, uso de alguns mecanismos como a internação compulsória.

Voltando a situação da saúde mental Infanto-juvenil, cabe verificar que em alguns casos a criança e o adolescente só é observado com algum tipo de sofrimento psíquico quando não é competitiva como os demais, ou foge dos padrões sociais.

Por fim, é necessário uma mobilização social na elaboração de políticas públicas que garanta o atendimento adequado a crianças e adolescentes com transtorno mental, pois eles por si só não conseguiram chamar a atenção da sociedade para o sofrimento interno que eles passam. Há muito foi constatado que o grupo infanto-juvenil pode sofrer com transtornos mentais, necessitando assim, de atendimento amplo e específico que atendam as suas necessidades.

## REFERÊNCIAS

AMIN, Andréa Rodrigues. *Curso de Direito da Criança e do Adolescente: Aspectos Teóricos e Práticos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

APPIO, Eduardo. *Controle Judicial das Políticas Públicas no Brasil*. Curitiba: Juruá, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.

BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em:

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

CORRÊA, Josel Machado. *O doente Mental e o Direito*. São Paulo: Iglu, 1999.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Políticas para a infância e adolescência e desenvolvimento*. IPEA, políticas sociais – acompanhamento e análise, 11 de agosto de 2005, p. 171.

GIOVANELLA, Lúcia (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GUERRA, Andréa Máris Campos. *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento – uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental*. Organizado por Andréa Máris Campos Guerra e Nádia Laguárdia de Lima. Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC, 2003.

JURISDIÇÃO. TJSP. Apelação Cível n. 22.786 - 0/7 – Comarca de São Paulo – TJSP. Relator Desembargador Nigro Conceição. Julgamento em 26/09/96.

LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucutec, 2010.

LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. *Problemas da saúde mental das crianças: abordagem na atenção básica*. São Paulo: Annablume, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portarias 2.048 de 03/09/2009, 3.088 de 23/12/2011 e 336/GM de 19/02/2002.

MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos Sujeitos de Direito: As pessoas com transtorno Mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NILO Fichtner. *Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental*. Organizado por Nilo Fichtner. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

OLIVA, Jimena Cristina Gomes Aranda. *As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: criança e adolescentes: Florianópolis*. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC), 2009.

REFORMA Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos de Caracas; Ministério da Saúde, 2005.

RODRIGUES, Marta M. Assumpção. *Políticas Públicas*. São Paulo: Publifolha (Folha Explica), 2010.

SOUZA, Celina. *Estado do Campo da Pesquisa em Políticas Públicas no Brasil*. Niterói, RBCS vol. 18, n. 51, fevereiro/2003.

SOUZA, Celina. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006.

VARELLA, Santiago Falluh. O levantamento de informações sobre direitos violados de crianças e adolescentes no sistema de informações para a infância e adolescência. Brasília, março de 2004.

WOLKMER, Antonio Carlos; LEITE, José Rubens Morato (org.). *Os Novos Direitos No Brasil: Natureza e Perspectivas*. São Paulo: Saraiva, 2003.